



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Daslianka Ramirez Morgado

Estratégia de intervenção educativa em pacientes
diabéticos e hipertensos acompanhados em uma
unidade básica de saúde de São João Batista, Santa
Catarina

Florianópolis, Março de 2018

Daslianka Ramirez Morgado

Estratégia de intervenção educativa em pacientes diabéticos e hipertensos acompanhados em uma unidade básica de saúde de São João Batista, Santa Catarina

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Adriana Eich Kuhnen
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Daslianka Ramirez Morgado

Estratégia de intervenção educativa em pacientes diabéticos e hipertensos acompanhados em uma unidade básica de saúde de São João Batista, Santa Catarina

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Adriana Eich Kuhnen
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução : As doenças crônicas são um problema de saúde em escala mundial e uma ameaça ao desenvolvimento , nos quais a exposição cada vez maior da população às doenças crônicas se deve a urbanização , ao maior acesso a alimentação , a industrialização, a globalização de hábitos não saudáveis, ao crescimento da renda e ao envelhecimento populacional. **Objetivos:** Melhorar o conhecimento e controle dos pacientes com doenças crônicas cadastradas na unidade de saúde Ribanceira do Sul, do município São Joao Batista / SC. **Metodologia:** Este é um projeto de intervenção composta por pacientes diabéticos e hipertensos participantes dos grupos de HIPERDIA. Participaram do estudo os integrantes da equipe de Estratégia de Saúde da Família, contando com apoio de nutricionista e fisioterapeuta. As atividades foram desenvolvidas no período de janeiro a março de 2017. Procedeu-se a aplicação de um questionário que permitiu um melhor conhecimento do perfil dos pacientes. Realizado o diagnóstico situacional, optou-se por dividir os participantes em 2 grupos de estudo: 20 pessoas portadoras de diabetes e 20 hipertensos. Um programa de educação para a saúde foi desenvolvido, com uma periodicidade de encontros semanais, nos quais foram utilizadas as seguintes técnicas de educação para a saúde: palestras, rodas de conversas, atividades demonstrativas e dinâmica de grupo. **Resultados Esperados:** No desenvolvimento do presente projeto de intervenção, pretendeu-se estabelecer um perfil sobre o nível de conhecimento da população a respeito destas doenças crônicas e proporcionar aos pacientes a realização de ações de cunho educativo, com variadas abordagens e métodos de trabalho, capazes de influir em mudanças no estilo de vida e na adoção de hábitos saudáveis. Espera-se, por conseguinte, que em médio prazo essas mudanças contribuam para tornar possível uma redução nos índices epidemiológico dessas enfermidades.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Doença Crônica, Educação em Saúde, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral:	13
2.2	Objetivos Específicos:	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

Perfil e dados populacionais

O posto Ribanceira do Sul está localizado no bairro Ribanceira Do Sul, município de São Joao Batista, estado de Santa Catarina. Sendo um bairro próximo ao centro da cidade, localizado ao sul da Ribanceira do Rio Tijucas, o bairro tem uma via principal de nome José Antônio Soares, onde reside a maioria da população. Além disso, existem outros pequenos loteamentos com menor densidade demográfica principias áreas de riscos ficam próximas aos loteamentos Isaias Piva, Abelardo, Mafra, novo horizonte e no bairro alemão, assim como em toda a área próxima à Ribanceira do Rio Tijucas. Contando com uma população de 3327 pessoas cadastradas no ano 2016. Caracteriza-se sua conformação social predominante de pessoas de origem gaúcha e germânica, e tem também pessoas vindas de outras regiões do país. O bairro está em crescimento de sua população. A principal entidade comunitária é uma associação do bairro Ribanceira Do Sul, fundada em 1989. Os serviços públicos na área da educação são prestados por uma escola de ensino fundamental, além de um pequeno maternal. Existem 4igrejas sendo uma católica e as demais evangélicas, frequentadas pela maioria dos moradores, conta também com três espaços de lazer com uma quadra de esportes e sala de jogos. Os principias postos de trabalho da comunidade são em fabricas e lojas de materiais de construção, fornos de cerâmica, supermercados, pequenas fábricas da industrias do calçado. Além de outros pequenos negócios privados número de famílias cadastradas é de 1001 famílias, nas quais há 424 indivíduos de 7-14 anos frequentando a escola, o que representa 82,81% da população nessa faixa etária. O número de alfabetizados é de 2485, o que corresponde a 97,60%. Estão cobertos por plano de saúde 148 pessoas (4,45%), ao passo que 54 famílias são usuárias do programa bolsa famílias (5,39%) da população. Quanto ao abastecimento de água, 880 famílias (87,91%) são atendidas pela rede pública, enquanto 120 famílias (11,99%) utilizam água provenientes de poços ou nascentes. Uma única família (0,10%) utiliza fonte de água não especificada. Quanto aos resíduos sólidos, 858 famílias (85,71%) têm seu lixo coletado pelo serviço público, enquanto 57 famílias (5,69%) queimam o lixo e 86 famílias (8,59%) o despejam a céu aberto. O destino de fezes e urina com sistema de esgoto é inadequado, pois apenas 142 famílias (14,19%) são abastecidas pela rede municipal, ao passo que 839 famílias (83,82%) utilizam fossas e 20 famílias (2%) despejam os dejetos a céu aberto. Os serviços de energia eléctrica tem cobertura de 100% da população. Dentre os 3327 pacientes cadastrados ,1673(50,29%) são do sexo masculino e 1654 (49,71%) são do sexo feminino. Entre os menores de 20 anos de idade temos 537 homes e 543 mulheres. Na faixa etária de 20_59 anos de idade temos 2004 pessoas, sendo 1010homes e 994 mulheres. Além de 239 pessoas acima de 60anos de idade, sendo 126 homes e 113 mulheres.

Os serviços públicos de saúde da comunidade são fornecidos pelo posto de atenção

básica, com uma equipe constituída por uma medica generalista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, três agentes comunitários de saúde (ASC), uma dentista e uma assistente de dentista. Oferece-se atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, bem como diagnóstico e tratamento aos principais problemas de saúde existente na comunidade assim como serviços de saúde bucal. Os atendimentos da Equipe são agendados, com consultas e visitas domiciliares, acompanhamento de HAS e DM e outras doenças, atenção a grávidas e lactantes, e os encontros e atividades dos grupos. Temos também a possibilidade de atendimento a demanda espontânea para pessoas não agendadas para consulta no dia .no programa materno infantil temos 5 nascidos vivos no ano 2016, deles só um com peso menor que 2500 gramas. Temos 50,6% das crianças com aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade, 31,8% com aleitamento misto e 17,6% com aleitamento artificial. Entre as crianças de 0 à 11 meses e 29 dias de vida, 86,8% estão com as vacinas em dia; na faixa etária de 12 meses até 23 meses temos 88,3% das crianças com as vacinas em dia. A equipe não teve nenhum óbito dos pacientes menores de um ano de idade. Temos uma média de 12 gestantes cada mês, sendo que 57% delas são acompanhadas pela equipe de saúde, sendo as demais atendidas no posto de saúde centro. Temos também para atendimento pré-natal no ano 2016, temos que a média por cada gestante é de 6 consultas. É importante assinalar que 88,2% tem pré-natal iniciado no primeiro trimestre. Temos realizados os grupos de mulheres grávidas , um por trimestre, e o grupo de mães de crianças acima de 2 meses de idade .

Queixas mais comuns da população.

Em nosso posto de saúde, as 5 queixas mais comuns que levaram a população a procurar a unidade foram: Dores crônicas, hipertensão arterial , diabetes mellitus , transtornos depressivos e câncer.

Doenças e agravos mais comuns.

A unidade Básica de saúde da Ribanceira tem como principais causas de mobilidade hospitalares, gravidez, parto e puerpério com 15 internações; doenças do aparelho respiratório com 10; doenças de aparelho digestivo com 9 doenças de aparelho circulatório, 9 neoplasias, com 15 sendo a faixa etária de 20-59 anos de idade a mais afetada o que coincide com a principal faixa demográfica da população. As principais causas de internações de pacientes idosos são doenças de aparelho circulatório com 5 internações, doenças do aparelho respiratório com 5, doença de aparelho digestivo com 3, doença de aparelho geniturinário com 2 internações, neoplasias com 4.

As 5 principais causas de morte de nossa população, no ano 2016, foram neoplasias com 3 e doenças de aparelho circulatório com 2; causas externas de morbidade e mortalidade com 1, sem sinais e achados anormais no exame clínico e de laboratório com 1; além de doenças infecciosas e parasitárias com um caso cada uma e doença de aparelho respiratório com 1.

Problema:

Alto número de pessoas com pouco ou nenhum controle de doenças crônicas. Temos um grande grupo de pessoas com controle deficiente da sua doença sendo frequentes as deficiências ou incapacidades secundárias que são preveníveis assim como as consultas por sequelas.

Consequências:

- Aumento da mortalidade por doenças crônicas.
- Elevado custo financeiro para o SUS.
- Alto grau de deficiência e incapacidade.

Causas:

- Falta de conhecimento dos fatores de risco associados a HSA e DM.
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema.
- Incumprimento com tratamento de doença de base.
- Hábitos e estilos de vida inadequados.

Justificativa do problema.

Para o levantamento das prioridades da nossa comunidade foram necessárias reuniões de equipe, entrevistas com as lideranças comunitárias observações da área e coleta de dados das consultas e visitas nas famílias. Temos como problemas:

- 1-Alta incidência de pessoas com HAS com pouco o nenhum controle.
- 2-Alta incidência de pessoas com DM com pouco o nenhum controle;
- 3-consumo de drogas e conduta sexual de risco em jovens e adolescentes.
- 4-abandono precoce da amamentação.
- 5-Acumulo de água e lixo parada nas ruas.
- 6-pessoas com moradias em situação de risco.
- 7- Abandono de animais.
- 8-Alto número de pessoas com doenças psiquiátricas e transtornos de comportamento.
- 9-Alta incidência de obesidade e sedentarismo.
- 10-Incremento de hábitos nocivos como o fumo e consumo de álcool.
- 11-Alto índice de famílias sem acesso à água tratada.
- 12-Existem muitas famílias com destino do lixo e dos dejetos inadequados.

A equipe fez a definição de prioridades pelos critérios objetivo de decisão, segundo o método CENDES-OPAS: a magnitude do problema, a transcendência, a vulnerabilidade, urgências e custos para resolve-los. Obtiveram prioridade igual os seguintes aspectos: o alto número de pessoas com HAS com pouco o nenhum controle e o alto número de pessoas com DM com pouco o nenhum controle, ambos com 20 pontos cada um. A Equipe decidiu então descrever como um problema só, o alto número de pessoas com doenças crônicas com pouco o nenhum controle, seguido de consumo de drogas e álcool (18pontos), conduta sexual de risco (18pontos), presença de água e lixo parado nas ruas (14pontos), abandono precoce da amamentação (13pontos), abandono de animais (12pontos), e pessoas com moradias de risco (10pontos).

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral:

- Melhorar o conhecimento e controle dos pacientes com doenças crônicas cadastrados na unidade de saúde Ribanceria do sul, do município de São João Batista/SC.

2.2 Objetivos Específicos:

- Realizar um levantamento para que a equipe de saúde conheça quais os melhores horários para realização dos grupos, visando possibilitar uma maior adesão da comunidade.
- Proporcionar momentos de discussão, esclarecimento de dúvidas, e de lazer durante os encontros, fornecendo informações úteis e práticas a respeito da vida cotidiana dos pacientes hipertensivos e diabéticos. - Reservar a manhã seguinte ao grupo para atender os pacientes que necessitam de intervenção medicamentosa ou uma orientação mais específica na Unidade de saúde

3 Revisão da Literatura

A Organização mundial da Saúde define como doença crônica as seguintes enfermidades: as doenças cerebro vasculares , cardiovasculares e renovasculares , neoplasias , doenças respiratórias e diabetes mellitus. A OMS também inclui nesse rol aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade , tais como: as desordens genéticas e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares , e patologias oculares e auditivas (OMS, 2017). As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente, elas são consideradas um sério problema de saúde pública, e já eram responsáveis por 63% das mortes no mundo, em 2008, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017). Seguindo essa tendência mundial, no Brasil, em 2013, as DCNT foram a causa de aproximadamente 72,6% das mortes (SIM 2015). Isso configura uma mudança nas cargas de doenças, e se apresenta como um novo desafio para os gestores de saúde. Ainda mais pelo forte impacto das DCNT na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, a maior possibilidade de morte prematura e os efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral. As DCNT são resultado de diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável (SAÚDE, 2011). Os dados oficiais apontam que , nas últimas décadas no Brasil , as DCNT passaram a determinar a maioria das causas de óbito e incapacidade de prematura , ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias . A mudança do perfil epidemiológico no país , com predominância das doenças não transmissíveis , é uma consequência , entre outros aspectos , da urbanização, de melhorias nos cuidados com saúde , da mudança nos estilos de vida da população e da globalização (MALTA; SILVA, 2013). As Doenças crônicas Não transmissíveis , como se disse , se constituem em um sério problema de saúde pública em nível global , não apenas nos países ricos , mas também , e cada vez mais , naqueles de média e baixa renda . Por este motivo disse que as DCNT são um problema de saúde de escala mundial e , consequentemente , uma ameaça á saúde e ao desenvolvimento humano . A carga dessa doença recai , atualmente , especialmente sobre os países de baixa e média renda , nos quais a exposição cada vez maior da população ás doenças crônicas se deve à urbanização , ao maior acesso a alimentos em geral , à globalização de hábitos não saudáveis , á industrialização e mecanização dos meios de produção , ao crescimento da renda e ao envelhecimento da população (SCHMIDT et al., 2017). As DCNT são as principais causas de morte no mundo , correspondendo a 63% de os óbitos em 2008. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda . Um terço dessas mortes ocorre em pessoas com idade inferior a 60anos . A maioria dos óbitos por DCNT

são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório (DAC), ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. No Brasil, onde constituem o problema de saúde pública de maior magnitude, corresponderam a um percentual aproximado de 72% das causas de morte ocorridas em 2007 (MALTA; SILVA, 2013). Em reunião realizada no Rio de Janeiro em novembro de 2003, com representante do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS), e da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação, foi dito que este conjunto de doenças é responsável por 60% das mortes e da incapacidade em todo mundo, numa escala progressiva, podendo chegar a 73% de todas as mortes em 2020. No Brasil, as DCNT foram responsáveis por 62% de todas as mortes e 39% de todas as hospitalizações registradas no Sistema Único de Saúde. No Brasil, a mortalidade ainda ocorre precocemente, e especialmente nas regiões mais pobres. Mas, embora a longevidade dos cidadãos ainda seja baixa, comparativamente com os países desenvolvidos, o conjunto da população brasileira já envelheceu pois há aproximadamente menos crianças hoje do que há 30 anos (SILVA-JUNIOR, 2009). Os fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT vêm sendo classificados como modificáveis ou não modificáveis. Entre os fatores modificáveis, estão a hipertensão arterial, o consumo de álcool em grandes quantidades, o diabetes mellitus, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade e colesterol elevado. Já entre os fatores não modificáveis, destaca-se a idade, havendo clara relação entre o envelhecimento e o risco de desenvolvimento de DCNT. Outros fatores não modificáveis são a hereditariedade, o sexo e raça (SCHMIDT *et al.*, 2017). Além disso, identificam-se os seguintes fatores de risco no Brasil: os níveis de atividade física no lazer na população adulta são baixos (15%) e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco dias por semana, ao passo que 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e de obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente (MALTA *et al.*, 2014). O diabetes gera grande impacto econômico nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença, e, sobretudo, das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações dos membros inferiores. Importante ressaltar que o diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica respondem por 50% dos casos de doenças renais crônicas terminais (SAÚDE, 2011). As doenças cardiovasculares geram o maior custo referente a internações hospitalares no sistema de saúde nacional em 2007, 12,7% das hospitalizações não relacionadas a gestações e 27,4% das internações de indivíduos com 60 anos ou mais foram causadas por doenças cardiovasculares. A carga de mortalidade, especialmente mortes prematuras atribuíveis a doenças cardiovasculares, afeta, de maneira desproporcional, a população pobre. Por exemplo em Porto Alegre, uma cidade brasileira de grande porte a mortalidade prematura (entre 45 e 64 anos de idade) atribuível a doenças cardiovasculares foi 163% mais alta em bairros situados no pior quartil socioeconômico do

que naqueles situados no melhor quartil (MALTA; SILVA, 2013) (SCHMIDT et al., 2017). Entre as políticas e estratégias específicas do campo da saúde, temos, por exemplo o plano de ações da OMS, documento orientado para a preparação de planos de enfrentamento das DCNT focado em quatro grupos principais de doenças: cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes. O plano contempla um conjunto de ações envolvendo vigilância, monitoramento e avaliação de programas, políticas e tecnologias de saúde, além da produção de novos conhecimentos sobre causas, tratamento e prevenção dessas doenças. Universidades e centros de pesquisa podem contribuir na geração desses dados e na formação dos novos profissionais de saúde que irão atuar nessa jornada de enfrentamento das (DCNT) no Brasil, 2011-2022. O plano nacional, assim como o da OMS, aborda as quatro principais doenças (doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes) e os fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade). Seus principais objetivos são promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, e, simultaneamente, fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas (SAÚDE, 2011). Relacionado também a outras políticas de saúde em benefício da população, o pacto pela vida (2006) reafirma o compromisso com ações de melhorias da qualidade de vida de sujeitos e coletivos e ratifica a responsabilidade sanitária e solidária do SUS. O pacto pela vida conforma, pois um grande compromisso nacional que estabelece focos de ação prioritários, mas que respeita a diversidade de nosso país e que se respeita na regionalização, permitindo que gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal incluam prioridades estratégicas para a qualidade de vida em suas respectivas regiões de saúde (MALTA; SILVA, 2013). A política nacional de atenção integral à hipertensão arterial e ao diabetes objetiva articular e integrar ações nos diferentes níveis de complexidade e nos setores públicos e privados para reduzir fatores de risco e a morbimortalidade por essas doenças e suas complicações, priorizando a promoção de hábitos saudáveis de vida, prevenção e diagnóstico precoce dessas doenças, e atenção de qualidade aos usuários da atenção básica. O Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes e metas do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no sistema único de saúde, definindo prioridades e estabelecendo como diretrizes principais a atualização dos profissionais da rede básica, a garantia do diagnóstico e a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, como objetivo de promover a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias nas redes públicas de serviços de saúde (OMS, 2017). O enfrentamento das DCNT, por meio de sua prevenção, controle e tratamento, vem recebendo crescente atenção por parte da sociedade e dos governos. Do mesmo modo, também os profissionais de saúde de diferentes especialidades e categorias e as próprias pessoas estão se

conscientizando da necessidade de garantir uma vida longa com qualidade , melhoria da saúde e bem-estar em todos os ambitos da vida da população. portanto se faze necessario que a prevenção das DCNT continuem sendo realizadas , emfunção da estimativa do seu aumento, dos altos custos para a saúde publica , e das incapacidades presentes na população que padece com estas doenças . Nessa linha de raciocinio , considera-se como de extrema relevacia o numero de pessoas com DCNT que existem em nossas comunidades , com diagnósticos tardios , ou muitas vezes,não diagnosticadas ainda ,ao passo que outros individuos já se apresentam com incapacidades, geralmente com pouco ou mau controle , e sem aceso ou com adesão insatisfatoria aos tratamentos prescritos . Assim , se fazem necessárias intervenção em saúde urgentre e um acompanhamento efetivo pela equipe de saúde da população de sua área de abrangência, de forma sistêmica, contínua , com qualidade e efetividade na atenção médica.

4 Metodologia

Para a elaboração deste projeto de intervenção as atividades foram conduzidas junto aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), cadastrados como usuários dos serviços da Estratégia Da Saúde Da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde do bairro Ribanceira Do Sul, município São João Batista, estado de Santa Catarina. O universo da pesquisa foi selecionado entre 60 pacientes diabéticos e 40 pacientes hipertensos, todos eles participantes dos grupos de Hipertensão da referida unidade de saúde, aos quais se aplicaram os critérios de inclusão e exclusão, resultando em uma amostra de 40 pacientes. A estes foram explicados os objetivos e métodos do estudo, visando subsidiá-los com informação suficiente para permitir a sua tomada de decisão de consentir ou não, de modo livre e esclarecido, a sua participação na pesquisa. Portanto, somente foram incluídos na amostra aqueles pacientes /usuários que concordaram em assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Para inclusão dos participantes, foram adotados os seguintes critérios: concordância em participar do estudo, assinando o TCLE; ter idade igual ou maior do que 18 anos; ser portador de Hipertensão Arterial Sistêmica e /ou Diabetes Mellitus; ser participante dos grupos de Hipertensão da unidade de saúde responsável pelo projeto; e ausência de contra-indicações formais, físicas ou psicológicas, para participação no grupo de pesquisa. Por outro lado, adotou-se como critério de exclusão os seguintes indicadores: recusa em participar do estudo; idade inferior a 18 anos completos; existência de complicações ou sequelas incapacitantes (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, arritmias ou insuficiência cardíaca descompensadas, etc); não participação nos grupos de Hipertensão; e local de moradia fora da área de abrangência da unidade de saúde. Além dos pacientes, participam também do estudo os integrantes da equipe de ESF responsável pela área de abrangência em questão, com membros das seguintes categorias profissionais: médico (autor principal e responsável pela pesquisa), enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Além desses atores, foi garantida, ainda, a participação de profissionais do Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF), tais como nutricionista e fisioterapeuta. Como locais escolhidos para a realização das atividades do estudo podemos identificar os seguintes: a unidade básica de saúde do bairro, o distrito de tribunal, local que congrega espaços destinados a atividades de lazer e para a prática de exercícios físicos, assim como a estrada próxima ao posto de saúde, propicia para a realização de caminhadas. Do ponto de vista cronológico, as atividades foram desenvolvidas no período compreendido entre os meses janeiro a março 2017, conforme cronograma previamente estabelecido. Na primeira fase da pesquisa foi aplicado aos participantes um inquérito preliminar desenvolvido pelo autor principal, que permitiu a equipe identificar as preferências dos usuários para o calendário de atividades a serem desenvolvidas nos

grupos de Hipertensão além disso, esse levantamento possibilitou a reunião de informações cruciais para a viabilização do estudo com a criação de um ambiente mais acessível para os pacientes envolvidos. Desse modo, reduziram-se as possibilidades de desconforto, distração e interrupção das atividades da pesquisa devido a conflitos com os demais serviços oferecidos na unidade de saúde. O inquérito foi aplicado nas próprias dependências da unidade bem como diretamente no território, por intermédio de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde e pelos demais membros da equipe de estudo. Já na atividade inicial do estudo, programada de acordo com os resultados obtidos na pesquisa preliminar dos grupos de Hipertensão (realizados com uma periodicidade quinzenal), procedeu-se à aplicação de um pré-teste concebido pelo autor principal, o que permitiu um melhor conhecimento do perfil dos pacientes, segundo o nível de conhecimentos demonstrados a respeito de HAS e DM. Realizado o diagnóstico situacional, optou-se por dividir a mostra em 02 grupos de estudo, o primeiro deles contando com 20 pessoas de DM e o segundo com 20 usuários hipertensos. Um programa especial de educação para a saúde foi criado para os atendimentos dos portadores de DM e HAS, com uma frequência semanal sendo selecionados os pacientes com maiores necessidades de intervenção especializada identificadas em função das dificuldades encontradas na aplicação do pré-teste. Para o grupo dos pacientes diabéticos foram desenvolvidas atividades educativas das seguintes temáticas: Como atuar ante uma situação de hipoglicemia ou de hiperglicemia; Tratamentos medicamentosos e não medicamentosos do diabetes; controle metabólico inadequado e as complicações decorrentes a longo prazo; manejo psicológico e nutricional do diabético. No outro grupo, composto de pacientes hipertensos, os temas que foram trabalhados nas atividades educativas são, dentre outros, os elencados a seguir: conduta frente a uma situação de emergência hipertensiva; tratamentos farmacológicos e não farmacológicos prescritos; dieta adequada para prevenção primária da HAS e para o controle adequado do tratamento; principais complicações e sequelas possivelmente resultantes de casos de hipertensão mal controlada; medidas de apoio psicológico para o paciente hipertenso e/ou com sequelas dos eventos cardiovasculares secundários. Para dar viabilidade prática às atividades educativas propostas, foram utilizadas as seguintes técnicas de educação para a saúde: aulas, palestras, rodas de conversa, atividades demonstrativas e dinâmicas de grupo com desenvolvimento do estudo, a equipe de saúde constatou que essas formas dinâmicas de interagir com os pacientes garantiu maior eficácia ao processo educativo e de mudança de estilo de vida, uma vez que a gestão de saúde e da doença permaneceu nas mãos dos próprios pacientes, protagonistas nesse processo, na medida em que tiveram a oportunidade de perceber por si próprios que os sucessos no gerenciamento dessas enfermidades recide basicamente na capacidade e na disposição de aprender a viver e agir de um modo diferente, com a adoção de hábitos saudáveis. Destacamos, ademais, que o modo como foi estabelecido o relacionamento entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, com abordagem das temáticas escolhidas de forma

simples , em linguagem acessível ao nível de conhecimentos dos pacientes , e com uso de materias informativos audiovisuais distribuidos aos pacientes para que pudessem sempre consultar -los , permitiu que a iniciativa alcançasse o êxito esperado pelos organizadores . Nesse mesma linha de raciocinio , consideramos ser importante destacar que a estrategia de dinêmicas de grupo foi identificada por todo , usuarios e profissionais de saúde , como importante fator motivador e impulsionados da participação nas atividades propostas . Segundo se pôde apurar , isso se deveu ao fato de que esse grupos não serviram apenas para a transmissão verticalizada de informações (como tradicionalmente costuma ocorrer) .justamente em sentido contrario, as dinâmica permitiram aos pacientes expressarem seus sentimentos e suas crenças , procurando os envolver ativamente na construção conjunta de soluções , não como meros expectadores . Na segunda hora de hiperdia foram panejada atividades com participação ativa dos seus membros e com a precentação , pela nutricionista (com periodicidade mensal) , de receitas de pratos e dicas saudáveis , bem com dietas adequadas para cada um dos participantes envolvidos na pesquisa , além de uma avaliação nutricional para cada um deles.foram realizadas , ainda , uma atividade no final de cada mês denominada (café mais saudável) , nas quais os participantes puderam expor suas proprias experiancias e o que aprenderam durante o estudo . Em uma terceira face da pesquisa foram incorporadas atividades físicas , conducidas e executadas pelo fisioterapeuta , adequada os exercicios á idade e ao estado clínico de cada participante , em uma programação consistente pra o mesmo .com esta iniciativa , um novo grupo participativo surgiu na comunidade , sendo formado o grupo de Caminhada .

5 Resultados Esperados

Diante da elevada prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus entre os pacientes usuários de serviços da unidade de saúde Ribanceira Do Sul , do município de São João Batista /SC, pretendeu-se inicialmente, com o desenvolvimento do presente projeto de Intervenção , estabelecer um perfil sobre o nível de conhecimentos da população de abrangência a respeito dessas doenças . Para além do diagnóstico, pretendeu-se, ademais, proporcionar aos pacientes a realização de ações de cunho educativo, com variadas abordagens e métodos de trabalho , capazes de empoderar os usuários e a comunidade para que estes assumissem um papel de protagonismo na implantação de mudanças no estilo de vida e na adoção de hábitos saudáveis . Espera-se , por conseguinte , que a médio prazo essas mudanças tornem possível uma redução nos índices epidemiológicos dessas doenças crônicas . Em consonância com as expectativas e com os objetivos do estudo , consideramos que os métodos escolhidos para colocarmos em prática este Projeto de Intervenção foram adequados , uma vez que, como esperado, a democratização das informações sobre saúde e o empoderamento da população desta comunidade foram construídos com base nos vínculos de confiança e nas relações horizontalizadas entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, algo que, em nossa opinião, somente o modelo de cuidado apresentado pela Estratégia de Saúde da Família é capaz de produzir . Nessa mesma linha, nos parece oportuno destacar que, para o sucesso da proposta foi de fundamental importância o envolvimento dos membros da categoria tradicionalmente menos valorizada nas equipes de ESF, os agentes comunitários de saúde. Sob múltiplos aspectos, esses profissionais, geralmente relegados a um segundo plano na hierarquia das unidades e das equipes de saúde, assumiram um papel de destaque nesta pesquisa, em função da sua inserção comunitária, da sua capilaridade de atuação pelo território, e da sua capacidade de exercer influência junto aos líderes e formadores de opinião da própria comunidade a que pertencem e á qual estão intrinsecamente ligados. Por meio das ações educativas descritas anteriormente, a equipe responsável pelo projeto se propôs a lograr êxito no sentido mais amplo da educação em saúde , uma vez que procurou contribuir para que, não apenas os pacientes doentes (hipertensos e diabéticos), mas também seu círculo familiar e mesmo a população em geral tenham conhecimento de que as doenças crônicas não transmissíveis fazem parte de um grupo de enfermidades perfeitamente controláveis, passíveis de controlar os fatores de risco e de modificar os comportamentos deletérios á saúde . Entendemos que o baixo custo financeiro e os significativos impactos positivos que puderam ser atingidos com este projeto deverão pesar a favor da obtenção de apoio junto aos gestores e demais agentes, públicos e privados, capazes de influir nas políticas de saúde . Além disso , uma vez que a iniciativa alcançou o sucesso esperado, será natural esperarmos que a mesma possa servir como exemplo de um trabalho bem

sucedido na área de educação em saúde, para talvez no futuro ser ampliada para outras unidades de saúde do município, ou mesmo exportada para cidades vizinhas . Consideramos, ainda, ser importante salientar que, para que se dê continuidade a este projeto pelo tempo necessário para se colher seus mais preciosos frutos (o que , no âmbito de Saúde Coletiva, requer pelo menos alguns anos), é preciso que exista vontade política de uma gestão comprometida em implementar uma série de medidas e de transformações que permitam á comunidade assumir o papel de protagonismo que lhe cabe no cuidado de sua saúde . Medidas estas não apenas necessárias, mas imprescindíveis para que o controle dos fatores de risco e a adoção de hábitos saudáveis possam ser alcançados . Portanto , é urgente oferecer condições dignas de educação, moradia, alimentação, trabalho, cultura, lazer, esportes, como de todos os demais determinantes sociais da saúde, por tempo maior do que aquele de um mandato , para que se possa antigir resultados duradouros no controle de hipertensão arterial e diabetes, assim como de suas complicações e dos múltiplos custos diretos e indiretos implicados com estas doenças. É preciso, além disso, valorizar os trabalhadores da saúde, não apenas em âmbito municipal, mas em todas as instâncias de gestão , lhe garantindo melhores condições de trabalho e uma remuneração mais justa e mais compatível com o desempenho de sua nobre missão de zelar pelo bem mais precioso do ser humano :a vida .

Referências

MALTA, D.; SILVA, J. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saude*, p. 151–164, 2013. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, p. 599–608, 2014. Citado na página 16.

OMS, O. M. da S. *Conceitos de doenças*. 2017. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569:conceito-doencas-cronicas-nao-transmissiveis&Itemid=463>. Acesso em: 16 Ago. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.

SAÚDE, B. Ministério da. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.

SCHMIDT, M. I. et al. *Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais*. 2017. Disponível em: <[http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/222/1{\char"0025\relax}20{\char"0025\relax}202011{\char"0025\relax}20Doen{\char"0025\relax}E7as{\char"0025\relax}20c](http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/222/1{\char)>. Acesso em: 16 Ago. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

SILVA-JUNIOR, J. As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o sistema Único de Saúde. *Ministério da Saúde*, p. 1–20, 2009. Citado na página 16.