

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

GILVANETE FERREIRA LEITE

**REESTRURAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA REFERENTE AO PROGRAMA DE HIPERTENSÃO E
DIABETES (HIPERDIA)**

**TEOTÔNIO VILELA-AL
2013**

GILVANETE FERREIRA LEITE

**REESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA REFERENTE AO PROGRAMA DE HIPERTENSÃO E
DIABETES (HIPERDIA)**

Projeto de Intervenção apresentado à
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
como requisito para conclusão do curso de
Pós Graduação em nível de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família.

Profa. Ana Carolina Lyrio de Oliveira Hatschbach

**CAMPO GRANDE - MS
2013**

RESUMO

Este estudo teve como objetivo principal identificar a estrutura do processo de trabalho de uma Equipe de Saúde da Família referente ao Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), buscando estabelecer mudanças através de um Projeto de Intervenção (PI) para favorecer uma melhora no acolhimento e na resolutividade da assistência à pessoa com hipertensão (HAS) e diabetes (DM). Foi proposto um plano de intervenção voltado para a reestruturação do processo de trabalho da equipe junto aos usuários do Programa Hiperdia, por meio de formação de grupos para ação educativa, fornecimento de medicação, controles periódicos e atendimento médico e de enfermagem mensalmente. Os encontros são mensais, seguidos de consultas periódicas, atuando no controle das doenças e prevenção de agravos a saúde, organizando a dispensação da medicação. Dessa maneira, resultando na formação de grupos de hipertensos e diabéticos e mudanças na estrutura do atendimento da unidade, e assim, temos um maior controle nos níveis pressóricos e glicêmicos, o controle de todos os determinantes de adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Processo de Trabalho. Hiperdia. Educação e Saúde.

ABSTRACT

The study aimed to identify the structure of the work process of a Family Health Team for the Diabetes and Hypertension Program (HIPERDIA) seeking to establish changes through an Intervention Project (PI) to encourage an improvement in welcoming and outcomes of care for people with high blood pressure (hypertension) and diabetes (DM). We proposed a plan of action aimed at the restructuring process team work with users Hiperdia Program, through formation of groups for educational activities, providing medication, periodic control and medical and nursing monthly. The monthly meetings are followed by periodic consultations, working on disease control and disease prevention health, organizing the dispensation of medication. Resulting in the formation of groups of hypertensive and diabetic and structural changes in the care unit and thus have greater control on blood pressure and glycemic control of all the determinants of adherence to treatment.

Key words: Work Process. Hiperdia. Education and Health

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
1.2 Objetivos	11
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	12
2.1 Caracterização da População	12
2.2 Participantes	12
2.3 Caracterização da Amostra	12
2.4 Período do Projeto amento	12
2.5 Plano de Trabalho.....	13
2.6 Reaproximado os Usuários da Equipe: fortalecendo o vínculo	16
2.7 Um Novo Jeito de Cuidar	16
2.8 Avaliação Individual Prevenção de agravos	18
2.9 Educação e Saúde: uma Estratégia para a Promoção da Saúde	19
2.10 Visita Domiciliar: um Ensejo para Cuidar	20
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22
ANEXOS	25

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo principal identificar a estrutura do processo de trabalho da equipe de saúde da família referente ao Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), procurando estabelecer mudanças que favoreçam uma melhora no acolhimento e na resolutividade da assistência à pessoa com hipertensão (HAS) e diabetes (DM). Ao atuar como membro de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) através do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) no município de Teotônio Vilela- AL, foi possível identificar que a assistência prestada a pessoas com hipertensão e/ou diabetes não oferece uma proposta de prevenção e promoção da saúde, são ações focadas na patologia (hipertensão e diabetes), sendo o tratamento farmacológico a única opção ao usuário.

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. Esse número é crescente, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. ⁽¹⁾ Quanto a diabetes, a Organização Mundial de Saúde estima que o número de portadores em todo o mundo no ano de 2000 era de 177 milhões de pessoas, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. ⁽²⁾

O Programa Saúde da Família - PSF tem como objetivo "melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS", com ações voltadas aos sujeitos, suas famílias e comunidade. ⁽³⁾

Para a ESF, a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, ou seja, a pessoa deve ser abordada em seu contexto socioeconômico e cultural, e reconhecida como sujeito social portadora de autonomia, reconhecendo que é na família que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas. Em suma, o programa prevê que o profissional tenha compreensão de aspectos relacionados à

dinâmica familiar, seu funcionamento, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Isso requer dos profissionais uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis, mediante a criação de vínculo de confiança e de afeto, atuando de forma participativa na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar. ⁽⁴⁾

Neste novo modelo de assistência, o processo de trabalho deveria ganhar contornos específicos. O profissional deveria ter qualificação e perfil diferenciados, já que a ênfase da assistência não é nos procedimentos técnicos, mas sim na inter-relação equipe/comunidade/família e equipe/equipe. ⁽⁴⁾

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Plano de Reorganização da Atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), com ênfase na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) no país. Os pacientes captados no Plano Nacional de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus, são monitorados pelo Sis-HIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA. ⁽⁵⁾

Dentre os diversos sistemas elaborados pelo Ministério da Saúde, está o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SisHiperdia). Esse sistema foi desenvolvido em 2002 e permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM), em todas as Unidades Básicas do SUS; e também possui o propósito de gerar informações para os trabalhadores e gestores de saúde, para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos a todos os usuários cadastrados. ⁽⁶⁾

No Brasil, estima-se que haja um número elevado de pessoas adultas com hipertensão arterial em tratamento nas instituições de saúde. Não há levantamentos de prevalência de hipertensão arterial como um todo. Muitos fatores predis põem os indivíduos ao aumento da pressão arterial. A herança genética é o único que não é modificável. Os demais, como a ingestão de muito sal, estresse, obesidade, sedentarismo e ingestão de bebidas alcoólicas em excesso são passíveis de modificação. Portanto, a atuação dos profissionais de saúde no controle da hipertensão deve prever a adoção de hábitos de vida saudáveis. O controle da hipertensão arterial é pouco

satisfatório, estudos em nosso meio mostram que apenas cerca de 30% dos hipertensos estão de 50 a 70% das pessoas nessa faixa etária. ⁽⁷⁾

A hipertensão arterial é uma doença com alta prevalência entre os idosos, acometendo cerca de 50 a 70% das pessoas nessa faixa etária, é considerada como um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e incapacidade dos idosos. O diabetes é considerado uma doença comum e de incidência crescente, que aumenta com a idade, apresenta alta morbidade, com perda importante na qualidade de vida. ⁽⁸⁾

Para os idosos a promoção da saúde é tão importante quanto para as outras faixas etárias, apesar de um grande número de idosos apresentarem uma ou mais doenças crônicas e exibirem limitações em suas atividades. A promoção da saúde apresenta-se de forma positiva, uma vez que os idosos apresentam ganhos significativos para sua saúde, essas limitações e incapacidades não podem ser eliminadas, contudo, os idosos podem beneficiar-se ao máximo das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros do PSF, que os ajudam a manter a sua independência e um envelhecimento saudável, melhorando assim sua qualidade de vida. ⁽⁹⁾

Quanto ao enfermeiro, as atribuições previstas a serem realizadas na ESF no atendimento à pessoa idosa são: realizar atenção integral às pessoas idosas; realizar assistência domiciliar, quando necessária; realizar Consulta de Enfermagem (CE) incluindo a avaliação multidimensional rápida e com instrumentos complementares; solicitar exames complementares e prescrever medicações conforme protocolos ou outras normas técnicas observando as disposições legais da profissão; supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem; realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe e orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos. ⁽¹⁰⁾

Para que haja tratamento e acompanhamento do paciente, o Ministério da Saúde implantou o programa Hiperdia, com o intuito de efetivar a adesão ao tratamento.

A hipertensão arterial é o principal fator de risco para doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração, sendo a causa modificável mais importante para a morbidade e a mortalidade cardiovascular. A prevalência da hipertensão aumenta com a idade e sua magnitude depende dos atributos biológicos/demográficos das populações, do estilo de vida predominante em cada uma delas, do ambiente físico e psicossocial, das características da organização dos serviços e das respectivas interações entre esses vários elementos. ⁽¹¹⁾

A hipertensão arterial exige tratamento contínuo e controle durante toda a vida, e a baixa adesão ao seu tratamento representa um importante problema de saúde pública. Muitos desconhecem ser hipertensos e a maioria não busca tratamento. Cerca da metade dos que se tratam não apresentam a hipertensão arterial controlada. ⁽¹¹⁾

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial pode ser entendido como o grau de coincidência entre o comportamento do indivíduo e a prescrição do profissional de saúde, a qual abrange além da terapia medicamentosa os cuidados que envolvem o estilo de vida, sendo a adesão um processo comportamental complexo influenciado pelo meio ambiente, pelo sistema de saúde e pelos cuidados de assistência à saúde. Vale ressaltar que a aferição regular da pressão arterial, comparecimento ou não às consultas médicas e de enfermagem e interrupção do tratamento medicamentoso são variáveis objetivas que podem indicar o grau de adesão dos hipertensos ao tratamento. ⁽¹²⁾

A Hipertensão e o Diabetes são doenças que apresentam vários aspectos em comum: ⁽¹⁰⁾

- Etiopatogenia: identifica-se a presença, em ambas, de resistência insulínica, resistência vascular periférica aumentada e disfunção endotelial; fatores de risco, tais como obesidade, dislipidemia e sedentarismo;
- Tratamento não-medicamentoso: as mudanças propostas nos hábitos de vida são semelhantes para ambas as situações;
- Cronicidade: doenças incuráveis, requerendo acompanhamento eficaz e permanente; complicações crônicas que podem ser

evitadas, quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas; geralmente assintomáticas, na maioria dos casos; de difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo; necessidade de controle rigoroso para evitar complicações; alguns medicamentos são comuns, existe a necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar;

Para atuar com as pessoas no hiperdia uma estratégia é a educação em saúde, na perspectiva de implementar uma proposta educativa direcionada aos portadores de DM, capaz de superar as abordagens convencionais de educação, encontramos na educação problematizadora/libertadora de Freire fundamentos para nortear este estudo. Os pressupostos pedagógicos de Paulo Freire compreendem a educação como uma atividade mediadora entre o indivíduo e a sociedade, entre a teoria e a prática construídas à luz da dialogicidade. A educação problematizadora é capaz de proporcionar ao educador e aos educandos a oportunidade de se tornarem agentes ativos, participantes da transformação social, possibilitando a ambos desenvolverem a capacidade de observar a realidade, refletir sobre ela e buscar os meios possíveis para modificá-la. ⁽¹³⁾

Frente ao exposto desenvolvemos um plano de ação para implementar as atividades no Hiperdia junto a equipe e os usuários do programa, com o objetivo de fortalecer a prática assistencial, proporcionar autonomia ao usuário diante da terapêutica estabelecida e especialmente possibilitar uma assistência acolhedora.

1.2 OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Reestruturar o processo de trabalho da equipe de saúde da família no Programa de Hipertensão e Diabetes (hiperdia).

Os objetivos específicos:

- Possibilitar o acesso de forma integral aos usuários do programa hiperdia;
- Promover atividade de educação e saúde para os usuários do hiperdia;
- Estimular a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso;
- Estruturar o processo de trabalho da equipe referente ao atendimento individual;
- Avaliar os prontuários para verificar a situação de saúde dos hipertensos e diabéticos;
- Organizar entrega de medicação para hipertensão e diabetes;
- Cadastrar os hipertensos e diabéticos no SISHIPERDIA;
- Realizar Visitas domiciliares para avaliar estado de saúde dos hipertensos e diabéticos acamados ou com pouca mobilidade;
- Avaliar comprometimento e risco quanto ao surgimento de úlcera em pé de paciente diabético;

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A Unidade de Saúde da Família Tenente José Albino (PSF-011), se localiza no bairro Parque do Futuro na área urbana no município de Teotônio Vilela em Alagoas. O bairro hoje encontra-se em plena expansão devido ao Programa minha casa minha vida, é considerado um local violento popularmente chamado Parque do Facão. O número de famílias assistidas atualmente é 1043 correspondendo a 4088 pessoas, a vulnerabilidade social é visivelmente um dos maiores problemas encontrados pela equipe.

2.2 PARTICIPANTES

Equipe de saúde e usuários do Programa HIPERDIA.

2.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A Unidade de saúde é formada por uma equipe na qual temos 01 médica, 01 enfermeira, 01 cirurgião dentista, 01 técnica de Enfermagem, 01 auxiliar de Enfermagem, 01 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e 08 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A Equipe está atuando na área adescrita há 12 anos, a enfermeira está na assistência a esta comunidade desde a implantação do PSF, os demais membros foram agregados ao longo do tempo.

Atualmente temos cadastrado 271 pessoas com hipertensão e 81 diabéticos. O público atendido no Hiperdia é constituído de pessoas idosas em sua maioria, com baixa renda e geralmente tem outras patologias associadas à hipertensão e/ou diabetes.

2.4 PERÍODO DO PROJETO

Este projeto deve ser contínuo com reuniões semanais sempre as terças-feiras no período da manhã.

2.5 PLANO DE TRABALHO

O processo de trabalho da equipe do PSF-11 do Município de Teotônio Vilela-AL referente ao Hiperdia estava estruturado apenas no atendimento médico, fato que tornava a assistência deficiente, o atendimento era feito por agendamento, sendo 16 consultas por semana, cada ACS deveria marca 02 consultas apenas. Atualmente temos 352 usuários com hipertensão e/ou diabetes.

De acordo com estes dados não era possível que todos fossem avaliados mensalmente, para mudar esta situação iniciamos com a reestruturação da prática assistencial que culminou com a elaboração do plano de trabalho.

Durante o contato com a comunidade através das atividades na Unidade e visitas domiciliares foi possível identificar que os pacientes hipertensos e diabéticos não mantinham uma frequência de atendimento na unidade, apenas o atendimento médico era requisitado pelos usuários à enfermeira no dia agendado para atendimento de hipertenso, que apenas anotava no prontuário a medicação que havia sido entregue pela auxiliar de enfermagem sem consulta de enfermagem ou médica.

Diante desta realidade procuramos promover algumas mudanças para reestruturar o processo de trabalho da equipe e assim possibilitar aos usuários do hiperdia uma assistência de qualidade voltada para prevenção de agravos e melhora na qualidade de vida. Iniciamos com reuniões com a equipe para discutir estratégias que facilitem o trabalho da equipe e fortaleça o vínculo com a comunidade, e a partir destas reuniões traçamos um plano de trabalho.

PLANO TRABALHO

METAS	INTERVENÇÕES	RESPONSÁVEL	PRAZO
<p>Implantar atividades educativas.</p>	<p>Realizar atividade educativa todas as terças-feiras pela manhã antes de iniciar o atendimento individual a equipe, expõem uma temática referente à hipertensão e diabetes.</p>	<p>Equipe</p>	<p>Contínuo</p>
<p>Estruturar o processo de trabalho da equipe referente ao atendimento individual.</p>	<p>Agendar com os hipertensos e diabéticos as terças-feiras, duas micros áreas por semana: primeira semana micros (01+10), segunda semana (02+09), terceira semana</p>	<p>Enfermeira e ACS.</p>	<p>Contínuo</p>

	(03+08), quarta semana (04+07).		
Avaliar os prontuários para verificar a situação de saúde dos hipertensos e diabéticos.	Agendar com ACS por microárea para avaliar situação de saúde dos hipertensos e diabéticos.	Enfermeira e ACS	Novembro de 2012
Cadastrar os hipertensos e diabéticos.	Agendar com usuário para fazer o cadastro.	Enfermeiras e ACS	Novembro e dezembro de 2012
Visita domiciliar para avaliar estado de saúde de hipertensos e diabéticos acamados ou com pouca mobilidade.	Programar visita com ACS, Enfermeira e Médica.	ACS, Enfermeira e Médica.	Contínuo
Avaliar comprometimento e risco quanto ao surgimento de úlcera em pé de paciente diabético.	Agendar avaliação com pacientes diabéticos.	Enfermeira e Médica.	A cada dois meses, iniciando em fevereiro.

Organizar entrega de medicação para hipertensão e diabetes.	Entregar medicação nos dias de grupo de hipertenso e diabético.	Auxiliar de Enfermagem e Enfermeira.	Contínuo
--	---	--------------------------------------	----------

2.6 REAPROXIMANDO OS USUÁRIOS DA EQUIPE: FORTALECENDO O VÍNCULO.

O primeiro contato para reaproximar os usuários do Hiperdia foi através de uma atividade educativa na Casa da Sopa, espaço destinado a distribuir sopa para as famílias carentes, pois desejávamos que neste evento estivessem todos os hipertensos e diabéticos acompanhados pela equipe.

Atualmente temos cadastrado 271 pessoas que fazem parte do Programa Hiperdia. Durante o evento tivemos um publico significativo, este momento foi importante para esclarecermos como seria estruturado o Programa Hiperdia na Unidade após aquele acontecimento. Foi oferecido aos usuários um Café da Manhã e logo após realizamos orientações quanto ao novo modo de atuação da equipe, realizamos orientações quanto à importância do acompanhamento para auxiliar no controle da hipertensão e diabetes.

O vínculo com os usuários do serviço de saúde é essencial para ampliar a eficácia das ações de saúde e favorecer a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. ⁽¹⁴⁾

2.7 UM NOVO JEITO DE CUIDAR

A reestruturação do processo de trabalho no Programa hiperdia iniciou com atividade educativa na Casa da Sopa para expor aos usuários como se dará os procedimentos referentes ao atendimento durante o hiperdia. Durante

reuniões foram traçados alguns pontos de atuação e reorganização do fluxo de atendimento na Unidade de Saúde, com o objetivo de melhorar a assistência à população atendida.

- Todos os usuários devem ser cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de hipertensos e diabéticos (SisHiperdia), pois identificamos que existia 82 usuários sem cadastro;
- Todos os Hipertensos e Diabéticos devem ser avaliados trimestralmente pela médica da unidade, ao avaliar os prontuários identificamos que poucos usuários tinham sido assistidos no último trimestre, foi observado que em alguns casos a médica nunca tinha avaliado determinados pacientes;
- Todos os hipertensos devem ser acompanhados pela enfermeira através da consulta de enfermagem, durante o período de análise diagnóstica identificamos que os usuários mostravam resistência à consulta de enfermagem, segundo o relato dos ACS esta resistência se deve ao fato de o profissional enfermeiro ter limitações quanto à prescrição medicamentosa;
- O grupo de hiperdia deve ser reunido por micro áreas, duas micro áreas por semana, pois temos um número significativo de usuários que devem ser assistidos mensalmente e o espaço físico da unidade não é apropriado para receber mais de duas micro áreas por vez;
- Em todos os encontros devem ser realizadas atividades educativas, fica responsável em trazer orientações os ACS correspondentes ao grupo presente na unidade, Enfermeira, Médica e Cirurgiã Dentista;
- Entrega de medicação deve ser feita durante o grupo de Hiperdia após consulta médica ou de enfermagem;
- O ACS fica responsável pelo agendamento dos usuários mensalmente para as atividades do hiperdia, orientações durante

as visitas domiciliares quanto à importância do uso adequado da medicação e fazer o agendamento das visitas aos usuários que não tem condição física de comparecer à Unidade de Saúde;

- Cabe ao Auxiliar de Enfermagem a responsabilidade de realizar a triagem (Pressão Arterial (PA), glicemia de jejum, medidas antropométricas (cintura e altura) e peso) na unidade de saúde e no domicílio caso o paciente não tenha como chegar à unidade de saúde;
- Quanto aos usuários diabéticos fizemos uma avaliação inicial e percebemos que os níveis glicêmicos encontravam-se muito alterados, isto nos levou a realizar uma avaliação mais focada nas consequências da diabetes, “Pé diabético” com risco de ulceração;

O PSF propõe o desenvolvimento do trabalho tendo por base relações de cooperação, em equipe, que integralizam as ações e complementam o processo de produção. A organização e a divisão desse processo favorece uma assistência humanizada à população, visto que neste contexto cada membro da equipe é de vital importância para o desenvolvimento e concretização das ações em saúde voltados para uma assistência humanizada e acolhedora.

Com efeito, as equipes do PSF necessitam de novas formas de organização do trabalho e de tecnologias de produção. Entre “problemas da vida” e “patologia”, as respostas exigidas não dependem apenas do arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina; são requeridas novas tecnologias de escuta e de negociação, assim como outras regras comportamentais e organizacionais. O trabalho moderno incorpora exigências contraditórias que repercutem na saúde dos trabalhadores, tais como maior intensidade de ritmo; maior controle e conhecimento do trabalho; polivalência; criatividade; maior liberdade de ação e critérios claros de avaliação, o que também vem sendo incorporado aos serviços de saúde. ⁽¹⁵⁾

2.8 AVALIAÇÃO INDIVIDUAL PREVENÇÃO DE AGRAVOS

Foi estabelecido um período para avaliação dos prontuários de todos os pacientes que fazem parte do programa Hiperdia com o intuito de identificar quando foi a última avaliação médica e/ou de enfermagem e conseqüentemente foi estabelecido um cronograma para estruturar esta avaliação. Observamos que muitos pacientes não compareciam à unidade há meses, o que dificultava a nossa avaliação quanto à condição atual da hipertensão e diabetes.

Logo introduzimos uma agenda de atendimentos que ficou sob responsabilidade da enfermeira, uma estratégia para promover o vínculo entre a enfermeira e os usuários. Iniciamos as consultas e claramente percebemos que os níveis pressóricos dos hipertensos e a glicemia nos diabéticos encontravam-se extremamente descompensados.

A avaliação médica possibilitou mudanças quanto à terapêutica medicamentosa e a solicitação de exames para identificar agravos em órgãos alvos devido a complicações referentes a diabetes e/ou hipertensão. A enfermagem propôs mudanças no estilo de vida, essa aproximação nos permitiu intensificar as orientações, as quais já é possível observar algumas mudanças comportamentais, que contribuíram para diminuir os níveis pressóricos e glicêmicos, além disso, o que a equipe considera mais relevante é a conscientização dos usuários quanto à importância da adesão ao tratamento.

2.9 EDUCAÇÃO E SAÚDE UMA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A educação em saúde deve ser utilizada para ampliar os conhecimentos da população e assim empoderar o sujeito para que o mesmo possa escolher a conduta que possibilite o autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicêmicos. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. A atividade física e a dieta alimentar são importantes instrumentos para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. ⁽¹⁶⁾

As atividades educativas embora sejam o carro chefe na atenção primária, ainda são pouco valorizadas pela equipe. Procuramos estabelecer mudanças nos dias de atendimento do grupo de Hiperdia, realizamos atividade educativa, sendo a roda de conversa a principal metodologia para este momento, buscando valorizar a cultura popular e quando necessário desmistificar alguns mitos que por ventura esteja interferindo na adesão ao tratamento. Trabalhando sempre com o intuito de fortalecer a autonomia do sujeito e assim possibilitando conhecimento para que o mesmo possa escolher com o profissional o melhor caminho a seguir para evitar agravos à saúde.

As temáticas discutidas pelo grupo foram: como eu posso ajudar a controlar a hipertensão e diabetes? Como a alimentação interfere na hipertensão e diabetes? Quais os alimentos favorecem o controle da hipertensão e diabetes? Quais as consequências da hipertensão e diabetes? Qual a importância da atividade física? O pé diabético? A importância do tratamento farmacológico?

É evidente que os usuários mostram muito interesse nas discussões, mas a equipe não demonstra o mesmo empenho em participar, poucos são os profissionais que participam da atividade, a recusa é sempre pelo mesmo motivo, não gostam de falar em público. Estamos trabalhando com a equipe para que este tabu seja quebrado. A estratégia encontrada para vencer este entrave, foi através da parceria entre os ACS e a enfermeira diariamente é realizada uma sala de espera um momento proposto para estimular a equipe a fazer atividades educativas, estas ações são previamente planejadas, assim possibilitando um maior preparo da equipe para o desenvolvimento do trabalho.

2.10 VISITA DOMICILIAR UM ENSEJO PARA CUIDAR

Quando avaliamos os prontuários foi possível identificar quais os idosos que não tinham possibilidade de comparecer a unidade para o grupo de hiperdia, a estratégia a qual a equipe sugeriu foi à visita domiciliar. Esta é feita pela enfermeira e médica da equipe uma vez na semana, fato este que dificulta o atendimento de todos os idosos hipertensos e diabéticos acamados ou com pouca mobilidade.

Criamos uma segunda estratégia, através de uma triagem a auxiliar de enfermagem faz a visita a todos os idosos e passa para a enfermeira a condição do idoso e esta avalia quais as prioridades de visita, tentando organizar um cronograma de atendimento em que todos sejam avaliados no período de três meses, ou seja, trimestralmente.

Visto o exposto, a visita domiciliar é considerada essencial na ESF, sendo uma atividade desenvolvida para além das estruturas físicas das unidades de saúde, realizada por uma equipe multiprofissional. Assim, a visita domiciliar também pode ser pensada como um instrumento disponível à equipe de saúde da família para acompanhar ativamente as famílias adscritas, especialmente aquelas em situação de risco. ⁽¹⁷⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo sobre a reestruturação do Programa Hipertensão possibilitou aprimorar a assistência aos usuários do PSF-XI, do Município de Teotônio Vilela-AL, atualmente temos uma assistência estruturada e efetiva, ofertada a todos os usuários de forma integral e humanizada garantindo aos usuários do programa um bom funcionamento.

Com a maior aproximação da equipe junto aos usuários foi possível estimular uma maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, através das atividades educativas nas rodas de conversa, discutimos os pontos que fazem a diferença na vida das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, o uso adequado da medicação, alimentação saudável e a importância da atividade física, que foram os temas abordados.

Assim, podemos inferir que as mudanças na estruturação deste programa tornou mais frequente a assistência médica e de enfermagem ao hipertenso e diabético, este acompanhamento mensal proporciona uma maior aproximação e estreitamento do vínculo entre a equipe e a comunidade.

O bom funcionamento do Hipertensão de acordo com seus preceitos, demonstrando a importância da atuação do profissional enfermeiro no PSF possibilitou-nos cadastrar todos os hipertensos e diabéticos no SISHIPERTENSÃO, verificar a situação de saúde, estruturar a entrega de medicação e iniciar

regulamente visita domiciliar aos acamados e os que apresentam pouca mobilidade física.

Com os resultados obtidos na realização deste trabalho concluímos que um bom funcionamento do programa Hipertensão e uma boa relação dos pacientes com os profissionais do programa de Saúde da Família é necessário para que possa haver uma melhora na saúde e na qualidade de vida dos usuários do programa, esta não pode ser considerada uma tarefa fácil e nem tampouco rápida, mas deve ser estimulada pelos profissionais, necessita de parceria e empatia.

Referência

1. Ministério da Saúde (BR). Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília; 2006. [Acesso em 10 de novembro de 2012]. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf>.
2. Ministério da Saúde (BR). Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2006. [Acesso em 10 de novembro de 2012]. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>.
3. Ximenes Neto FRG, Costa FAM, Chagas MIO, Cunha ICK. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentos na Estratégia Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm. 2007 Abril; 60(2): 133-140. [Acesso em 18 de novembro de 2012]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000200002&script=sci_abstract&lng=pt>.
4. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. Rev. esc. enferm. USP, 2007 Março; v. 41, n. 1. [Acesso em 15 de novembro de 2012]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100009&lng=en&nrm=iso>.
5. Costa AAS, Soares CS, Pires PRS, Moreira AGE, Filipini SM. Análise da eficácia do Programa hipertensão em uma Unidade Básica de Saúde: da teoria a prática. Univap/Enfermagem. [Acesso em 12 de novembro de 2012]. Disponível

- em<http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/RE_0179_0628_01.pdf>.
6. Zillmer JGV, Schwartz E, Muniz RM, Lima LM. Avaliação da completude das informações do Hipertensão em uma unidade básica do sul do Brasil. Rev Gaúcha Enfermagem 2010 junho; 31(2): 240-6. [Acesso em 10 de novembro de 2012]. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/06.pdf>>.
 7. Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. Acta Paul. Enfermagem 2005 Setembro; 18(3): 269-275. [Acesso em 10 de novembro de 2012]. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000300007>>.
 8. Escobar JMV, Motta EF. A atenção integral à saúde do idoso. "In": org. Geniole LAI, Kodjaoglanian VL, Vieira CCA, Costa KC. Assistência multidisciplinar à saúde, volume 3, Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2011.
 9. LIMA HCG, ALVES FP. O papel da enfermagem na saúde do idoso dentro da atenção básica de saúde. Paraíba, 2009. [Acesso em 10 de novembro de 2012]. Disponível em<<http://www.webartigos.com/artigos/o-papel-da-enfermagem-na-saude-do-idoso-dentro-da-atencao-basica-de-saude/17190/>>.
 10. Ministério da Saúde (BR). Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*: hipertensão arterial e diabetes *mellitus* / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2001. [Acesso em 10 de novembro de 2012]. Disponível em<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>.
 11. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. 5ª Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo; 2006. [Acesso em 10 de novembro de 2012]. Disponível em<<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf>>.
 12. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Carreira L, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enfermagem Porto Alegre (RS) 2009 março; 30(1):62-70. [Acesso em 10 de novembro de 2012]. Disponível

em<
<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4227/6564>
>.

13. Rêgo MAB, Nakatani AYK, Bachion MM. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2006 março; 27(1):60-70. [Acesso em 10 de novembro de 2012]. Disponível em<<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/4587>>.
14. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2004 março; 20(6): 1487-1494. [Acesso em 18 de novembro de 2012]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en>.
15. Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 2011 março; 16(3): 1969-1980. [Acesso em 18 de novembro de 2012]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300031&lng=en>.
16. Silva TR, Feldmam C, Lima MHA, Nobre, MR. Cuce N, Domingues, R ZL. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saúde e Sociedade*, 2006 março; 15(3), 180-189. [Acesso em 18 de novembro de 2012]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000300015&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0104-12902006000300015>.
17. Drulla AG, Alexandre AMC, Rubel FI, Mazza VA. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enfermagem* 2009 out./dez; 14(4):667-74. [Acesso em 18 de novembro de 2012]. Disponível em:< <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/16380>>.

ANEXOS

Fotos atividades educativas























