

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

GABRIELA DANTAS MUNIZ

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIDADE MISTA DE FELIPE
CAMARÃO EM NATAL/RN**

Natal

2016

GABRIELA DANTAS MUNIZ

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIDADE MISTA DE FELIPE
CAMARÃO EM NATAL/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Orientador(a): Ilka Kassandra Pereira Belfort

Natal

2016

Muniz, Gabriela Dantas

Educação em saúde no grupo de hipertensos e diabéticos da estratégia de saúde da família da unidade mista de Felipe Camarão em Natal/RN/Gabriela Dantas Muniz. – São Luís, 2016.

19 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNASUS, 2016.

1. Doença Crônica. 2. Educação em saúde. 3. Atenção Primária à Saúde.
I. Título.

CDU 616-036

GABRIELA DANTAS MUNIZ

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIDADE MISTA DE FELIPE
CAMARÃO EM NATAL/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ilka Kassandra Pereira Belfort (Orientadora)

Mestre em Saúde Materno Infantil
Universidade Federal do Maranhão

Membro da banca

Maior titulação
Nome da Instituição

Membro da banca

Maior titulação
Nome da Instituição

RESUMO

As doenças crônicas, dentre elas as mais prevalentes o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), são um importante e crescente problema de saúde pública mundial. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Tais doenças estão relacionadas ao avanço da idade e ao estilo de vida. Diante de tanta complexidade, as consultas individuais não conseguem mais abordar a integralidade do indivíduo, sendo as reuniões um espaço para a troca de informações e estímulo social. Insistir nas mudanças do estilo de vida, reforçadas ainda mais no atendimento em grupo, já ficou provado que reflete na redução da pressão arterial. Sendo assim, busca-se neste trabalho traçar uma estratégia de educação em grupo para o grupo de hipertensos e diabéticos da equipe 19 da Unidade Mista de Felipe Camarão, Natal/RN. São organizadas reuniões mensais voltadas aos hipertensos, diabéticos e seus familiares e pautadas em rodas de conversas sobre temas escolhidos pelos próprios, como alimentação saudável e atividade física. O compartilhamento de saberes nas reuniões promove a integração entre profissionais e usuários, abre as portas da unidade aumentando a vinculação, além de incentivar a corresponsabilização pelo tratamento. Almeja-se principalmente aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e às mudanças do estilo de vida e diminuir a taxa de abandono do grupo. O essencial para que se cumpra essa missão de educar em saúde é a clareza da linguagem e a aplicação contínua das diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS. Infelizmente, há muitas dificuldades estruturais e financeiras dentro da Atenção Básica, mas é preciso que ações educativas sistematizadas se incorporem dentro da rotina de trabalho, que os resultados sejam expostos e que a gestão em saúde enxergue a educação como uma forma de trabalho eficaz na promoção da saúde.

Palavras-chave: Doença Crônica. Educação em saúde. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Chronic diseases – among them, the most prevalent diabetes mellitus and systemic arterial hypertension – are an important and growing problem of global public health. Population surveys in Brazilian cities over the past 20 years have shown hypertension prevalence above 30%. Such diseases are related to aging and lifestyle. Faced with such complexity, individual consultations can no longer address an individual's integrity. Moreover, group meetings provide an occasion for information exchange and social stimulus. Insisting on lifestyle changes, reinforced even further at group encounters, has already been proven to lower blood pressure. Thus, this paper seeks to trace a group education strategy for the hypertensive and diabetic group from team 19 of Felipe Camarão's Mixed Unity, Natal / RN. Monthly meetings are organized for people with hypertension and diabetes, and their families, where guided conversations discuss topics chosen by them, such as healthy eating and physical activity. The knowledge sharing in those meetings promotes bonding between professionals and group members and opens the doors of Felipe Camarão's Mixed Unity, increasing its ties with the community, in addition to encouraging co-responsibility for the treatment. It mainly aims to increase adherence to drug therapy and lifestyle changes and to reduce the group's dropout rate. In order to fulfill this health education mission, it is essential language clarity and the implementation continuity of SUS (Brazilian Unified Health System) guidelines. Unfortunately, there are many structural and financial difficulties in the primary health care, but it is necessary to incorporate systematized educational activities into the work routine, to expose the results and to make those responsible for health management realize the effectiveness of education as a line of work in promoting health.

Key-words: Chronic disease . Health Education. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1	IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....	06
1.1	TÍTULO.....	06
1.2	EQUIPE EXECUTORA.....	06
1.3	PARCERIAS INSTITUCIONAIS	06
2	INTRODUÇÃO.....	06
3	JUSTIFICATIVA.....	08
4	OBJETIVOS.....	10
4.1	Geral.....	10
4.2	Específicos.....	10
5	METODOLOGIA.....	11
6	METAS.....	13
7	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	14
8	IMPACTOS ESPERADOS.....	15
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
	REFERÊNCIAS.....	17
	APÊNDICES.....	19

1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1 TÍTULO

“Educação em saúde no grupo de hipertensos e diabéticos da Estratégia de Saúde da Família da Unidade Mista de Felipe Camarão em Natal/RN”

1.2 EQUIPE EXECUTORA

- Nome do (a) Aluno(a): Gabriela Dantas Muniz
- Nome do (a) Orientador(a): Ilka Kassandra Pereira Belfort

1.3 PARCERIAS INSTITUCIONAIS

- Secretaria Municipal de Saúde de Natal

2 INTRODUÇÃO

O presente trabalho versa sobre estratégia de educação em grupo na atenção básica às doenças crônicas mais prevalentes na atualidade, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. É produto do projeto de intervenção desenvolvido pelo profissional médico pertencente ao PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - em uma Estratégia de Saúde da Família no bairro de Felipe Camarão, zona Oeste de Natal, capital do Rio Grande do Norte.

Segundo estimativa de 2015 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Natal tem uma população de 869.954 habitantes, distribuída em 36 bairros (IBGE, 2015). Atualmente a cobertura assistencial para a Estratégia de Saúde da Família equivale a 46% e quanto à cobertura das unidades básicas tradicionais alcança 84% da sua população. Podemos identificar uma população de mais de cento e trinta mil pessoas sem cobertura assistencial formal, distribuída nas áreas de maior pobreza da cidade, significando uma sobreposição da exclusão das políticas sociais (NATAL, 2014).

Por mais que Natal já seja considerada 100% urbana, há áreas na cidade que não tem a infraestrutura urbana necessária, inclusive no que se refere a assistência à saúde, principalmente nas regiões administrativas Norte e Oeste, que cresceram

periféricamente desrespeitando os limites geográficos e ambientais da cidade. O bairro de Felipe Camarão, ponto de referência deste trabalho, possui 45.907 pessoas residentes em uma área de 663,4 Ha (NATAL, 2009).

Diante de todo esse cenário apresentado, parte-se do pressuposto de que, a Atenção Básica nessa capital e em qualquer lugar do território nacional se constitui como uma forma de organização e como primeiro acesso dos usuários as ações e serviços de saúde, enfim é o serviço público que chega mais próximo a residência do brasileiro.

Assumindo as prerrogativas instituídas pela Portaria GM/MS nº2.488 de 2011, a Atenção Básica se consolida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção, proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011).

A Estratégia de Saúde da Família e a consolidação do papel dos agentes comunitários de saúde despontam como um importante instrumento dentro da Atenção Básica capazes de promover uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial (MENEZES JÚNIOR et al, 2011).

As doenças crônicas, dentre elas as mais prevalentes o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), são um importante e crescente problema de saúde pública mundial, independentemente do grau de desenvolvimento do país. A maioria dessas doenças está relacionada ao avanço da idade e ao estilo de vida – hábitos alimentares, sedentarismo e estresse – característico das sociedades contemporâneas (TORRES, 2006).

Por tamanha amplitude, as doenças crônicas merecem mais atenção dos órgãos públicos, no sentido de favorecer políticas que considerem desde o sistema de distribuição de medicamentos, o acesso aos mesmos, os recursos humanos e técnicos disponíveis, a duração e a qualidade das consultas ofertadas e, principalmente, até o grau de educação/esclarecimento do enfermo frente aos autocuidados (BUGALHO e CARNEIRO, 2004).

A possibilidade de associação das duas doenças citadas anteriormente chega a ser da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente. A HAS e o DM são doenças que apresentam

vários aspectos em comum, desde sua etiopatogenia, fatores de risco, mesmo tratamento não-medicamentoso e até as mesmas complicações (BRASIL, 2001).

Sendo a Estratégia de Saúde da Família a responsável pelo atendimento primário de saúde da população que se utiliza do SUS - Sistema Único de Saúde -, coube a ela, dentre tantas responsabilidades já citadas, a de desenvolver atividades educativas em saúde, inclusive para as doenças crônicas.

As consultas individuais já não mais ofertam satisfatoriamente a integralidade do cuidado, sendo as reuniões um espaço complementar para a troca de informações e estímulo social. Os grupos exercitam a autodeterminação e a independência, tramando uma rede de apoio para a conquista da autonomia, melhora da autoestima e, até mesmo, na melhora do enfrentamento e aceitação da doença (GARCIA, 2006). O convívio entre os usuários e o uso de atividades lúdicas torna o momento mais proveitoso, em especial entre idosos, faixa etária prioritária dentre os hipertensos e diabéticos.

Sendo assim, os profissionais da saúde devem realizar ações educativas voltadas a tornarem os usuários autônomos por adquirir conhecimento sobre seu corpo e sua saúde, compreendendo então a necessidade da modificação do estilo de vida (MENEZES JÚNIOR et al, 2011). Infelizmente, no cotidiano de qualquer uma das Estratégias de Saúde, pelo próprio cansaço com as inúmeras atribuições, a educação em saúde torna-se pontual e verticalizada, geralmente sob a forma de palestras, esquecendo de adequar as práticas educativas à realidade local, distanciando-se e interagindo pouco com sua população (TORRES, 2006).

3 JUSTIFICATIVA

Doenças crônicas são aquelas que geralmente desenvolvem-se lentamente e, por isso, levam um tempo mais longo para serem curadas ou, em alguns casos, não têm cura. Nas estatísticas de saúde pública, percebe-se que a hipertensão e a diabetes, doenças crônicas clássicas no cotidiano das unidades de saúde, possuem alta prevalência e baixas taxas de controle, estando elas dentro dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares (SBC, 2010).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Em 2007, 308.466 óbitos foram decorrentes de doenças do aparelho circulatório. Entre os fatores de risco para mortalidade, a HAS

provoca 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% por doença coronariana. As estimativas nacionais apontam que em 2007 ocorreram 1.157.509 internações por Doenças Cardiovasculares (DCV). Somente em novembro de 2009, houve 91.970 internações por DCV com custo de R\$ 165.461.644,33(SBC, 2010).

Todo esse número de internações justifica a importância do controle rigoroso das doenças crônicas objetivando, além de melhoria da saúde do indivíduo, reduzir as agudizações e a morbimortalidade, conseqüentemente os gastos públicos. Entretanto, intervir na história natural dessas doenças crônicas é, em primeiro lugar, intervir no estilo de vida e, quando se trata de saúde do adulto, as mudanças comportamentais são ainda mais difíceis e exigem que os serviços de saúde busquem novas metodologias e que criem um vínculo entre os trabalhadores de saúde e a população.

Partindo de uma nova perspectiva que busca tornar o usuário agente ativo no processo saúde-doença, foi implementada novas metodologias de educação em grupo na unidade de saúde de Felipe Camarão. As intervenções educacionais, promotoras de conhecimento acerca da medicação e ou doença, facultam entre a informação oral, escrita, audiovisual e informatizada, todas elas de baixo custo, adequado ao orçamento justo das unidades de saúde. Insistir nas mudanças do estilo de vida já ficou provado que reflete diretamente na redução da pressão arterial sistólica, como a cada dez quilos de peso reduzido a pressão arterial sistólica cai em 5 a 20 mmHg (SBC, 2010).

O essencial para que se cumpra a missão de educar em saúde é a clareza e a objetividade da linguagem, condizente com o nível cultural e cognitivo do doente. Assim, a educação é uma medida simples e vital destinada a melhorar a adesão ao tratamento (BUGALHO e CARNEIRO, 2004 apud DIAS et al., 2011).

Na equipe de saúde em foco neste trabalho em Natal, as ações educativas sequer seguiam o modelo tradicional, as atividades do grupo de hipertensos e diabéticos resumiam-se apenas a renovação das prescrições médicas de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes e a aferição da pressão arterial. Não havia espaço para a troca e compartilhamento de conhecimento e de vivências, isso se refletia nas consultas individuais. Era perceptível que havia pouca adesão ao tratamento medicamento e menor ainda ao não-medicamentoso, que os usuários pouco conheciam o que era sua doença e a importância da medicação, até mesmo a equipe de saúde não sabia qual era o perfil de hipertensos e diabéticos da área. Os

encontros são mensais e aconteciam, até então, em uma igreja localizada dentro do território de abrangência da equipe, fortalecendo o distanciamento do usuário com a sua unidade de saúde.

Desta forma, ficou nítida a necessidade de ofertar a esses usuários o conhecimento sobre a patologia e suas complicações, através de ações educativas, no intuito de melhorar a sua qualidade de vida, permitindo dessa forma, a integração do indivíduo na sociedade, tornando-os agentes ativos no seu processo saúde-doença. Portanto, é importante ressaltar que as ações educativas devem ser realizadas continuamente, com uma linguagem simples e acessível ao seu público alvo. Compreendendo a real importância das ações educativas no contexto dos usuários portadores das doenças crônicas mais prevalentes, torna-se indispensável refletirmos, e assim podermos atuar de forma ativa na transformação da realidade.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Adaptar uma estratégia de educação em grupo a ser adotada no grupo de hipertensos e diabéticos da equipe 19 da Unidade Mista de Felipe Camarão, Natal/RN.

4.2 Específicos

- Promover aumento da adesão ao tratamento medicamentoso e às mudanças do estilo de vida abordados no novo formato de reunião, repercutindo consequentemente em melhoria dos níveis pressóricos e glicêmicos;
- Promover a integração e o melhor desempenho dos membros da Equipe de Saúde da Família;
- Estabelecer o diagnóstico, conscientização e controle em menor tempo das doenças em questão;
- Estabelecer vínculo entre a Equipe da Saúde da Família e os usuários, com estímulo à educação em saúde, às atividades de promoção e prevenção, à adesão ao tratamento contínuo e ao autocuidado;

- Aumentar o tempo de permanência do usuário dentro de sua unidade de saúde, possibilitando que ele conheça todos os serviços que ela dispõe;
- Estabelecer uma rotina estratégica para a Equipe da Saúde da Família na abordagem em grupo de pacientes portadores de HAS e DM.

5 METODOLOGIA

A definição da etapa proposta para iniciar esse projeto de intervenção foi realizada de acordo com Meireles et al. (2013). Para abordagem dos pacientes hipertensos e diabéticos, a proposta inicial é o cadastramento de todos esses usuários.

O cadastramento deverá sempre ser realizado durante a procura dos usuários pela unidade, seja para consulta, troca de receitas ou outros. Os pacientes portadores de fatores de risco, como tabagismo, obesidade e dislipidemia, serão avaliados quanto à possibilidade do diagnóstico de HAS ou DM e, caso positivo, serão cadastrados e convidados a entrarem no grupo de educação permanente. Será utilizada uma ficha de cadastro intitulada como “cartão do hipertenso ou diabético” com preenchimento sobre dados de identificação, dados antropométricos (peso, altura), valores de exames laboratoriais recentes (HDL, LDL, glicemia), medicações em uso, valores pressóricos e agendamento das próximas reuniões e/ou das consultas médicas.

Em continuidade a esta etapa, há a proposta de atualizar as reuniões que já aconteciam na equipe 19, porém agora se firmam com a periodicidade mensal e no interior das dependências físicas da unidade de saúde, buscando aproximar os usuários dos profissionais de saúde e aumentar seus vínculos. Afinal, quanto mais tempo o usuário visitar e permanecer na unidade de saúde, mais ele irá conhecer os serviços disponíveis e valorizar o serviço público.

A cada reunião, deverão ser atualizados os dados do cartão e repassados para um livro destinado apenas ao grupo dos hipertensos e diabéticos. Neste livro, são anotados nome, número do cartão SUS, data de nascimento, número de prontuário e valor pressórico, por fim, o diário de campo.

A abertura da reunião sempre se dá com uma roda de conversa com temas sugeridos pelo próprio grupo e supervisionados por profissionais da saúde convidados ou com vídeos ilustrativos disponibilizados na internet com linguagem

acessível. Dentre os temas, estão conceitos básicos sobre hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, alimentação saudável e atividade física, por exemplo, com a participação de nutricionista, odontóloga, educador físico e psicóloga.

Na roda de conversa, os usuários são estimulados a compartilharem suas experiências frente às novas condições que a doença crônica impõe: como foi seu diagnóstico, como está fazendo uso das medicações prescritas, se está conseguindo ou não fazer mudanças do estilo de vida. Em grupo, usuários e a equipe de saúde desenvolvem um acordo mútuo para enfrentar os problemas juntos.

Após esse momento formativo, a técnica de enfermagem e a enfermeira verificam a pressão arterial e a glicemia capilar dos participantes, enquanto a médica, com o auxílio dos agentes de saúde, faz o registro das informações no livro do grupo e a renovação das receitas com a divulgação das datas das próximas reuniões.

Durante toda a reunião, fica disponibilizada a agenda da médica e da enfermeira para o agendamento de consultas, assim como a disponibilidade da requisição de exames laboratoriais de acompanhamento rotineiro dos hipertensos e diabéticos. Dessa forma, tenta-se quebrar a barreira da dificuldade em agendar atendimento, já que na nossa unidade de saúde ainda trabalhamos com filas durante a madrugada na busca de atendimento.

Por fim, sempre é servido uma opção de lanche saudável e de baixo custo, assim tentamos mostrar que comer bem pode ser barato e saboroso, dentre as opções temos salada de frutas, sucos naturais com adoçantes, bolachas e bolo integrais. As comidas são uma parceria entre os membros da equipe, alguns usuários, a direção da unidade e, inclusive, pequenos empresários da nossa área de abrangência, mais uma vez integrando comunidade e serviço.

Com o término da reunião e a saída dos usuários, a equipe se reúne e faz o levantamento do número de participantes, os destaques positivos e negativos e, principalmente, a relação dos faltosos e dos que ainda se encontram com níveis pressóricos ou glicêmicos elevados. Um membro da equipe voluntariamente deverá fazer o diário de campo sobre as reuniões daquele mês, expondo no livro do grupo todas os destaques desde o planejamento, a intervenção e a avaliação final. Sendo assim e com todo esse material em mãos, são traçados planos terapêuticos em equipe, que se iniciam com os agentes de saúde realizando busca ativa nas residências dos faltosos e dos descompensados.

Ao longo do mês, durante as reuniões de equipe, que acontecem semanalmente às quartas-feiras, são repassadas as informações sobre os usuários que necessitam de um acompanhamento mais próximo, assim como se inicia o planejamento estratégico da reunião do mês seguinte com o estabelecimento de metas e corresponsabilização.

6 METAS

- Aumentar o número de pacientes diagnosticados com doenças crônicas, hipertensão e diabetes, já que de acordo com LUNA (1980), cerca de 60% da população hipertensa consegue ser identificada e apenas 20% está sendo tratada adequadamente.
- Trabalhar para alcançar uma taxa de adesão ao grupo de hipertensos e diabéticos superior a 60% acordado com os membros da equipe. No momento, trabalhamos com um valor de 45% do total de hipertensos e diabéticos cadastrados participando ativamente das reuniões.
- Obter uma taxa de abandono do grupo em torno de 30%, mais uma vez pactuado entre a equipe e considerando uma porcentagem base de abandono (duas faltas consecutivas) ao tratamento como de 41% após 12 meses e de 56% após 24 meses (GIORGI et al, 1985).

7 CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

CALENDÁRIO DAS REUNIÕES DO GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ANO 2015

MÊS	DATA	TEMA	PROFISSIONAL
Julho	1	Planejamento da ação pela equipe 19	
	6 e 7	Hipertensão Arterial: conceitos básicos	Gabriela D. Muniz (médica eq. 19 - PROVAB)
Agosto	5	Planejamento da ação pela equipe 19	
	10 e 11	Diabetes Mellitus: conceitos básicos	Gabriela D. Muniz (médica eq. 19- PROVAB)
Setembro	9	Planejamento da ação pela equipe 19	
	14 e 15	Saúde Bucal: o envelhecer e adoecer	Flávia Lúcia S. Imperador (cirurgiã-dentista eq. 19)
Outubro	30/09	Planejamento da ação pela equipe 19	
	5 e 6	Alimentação Saudável: os 10 passos	Hozana M. D. de Melo Nascimento (agente de saúde eq. 17 e nutricionista)
Novembro	04	Planejamento da ação pela equipe 19	
	9 e 11	Atividade Física dentro e fora de casa	Agentes de saúde da equipe 19 (integrantes do grupo de caminhada)
Dezembro	2	Planejamento da ação pela equipe 19	
	7 e 8	Saúde Mental e Confraternização	A combinar

8 IMPACTOS ESPERADOS

Segundo Oliane (1990), muitos danos podem ser evitados ou reduzidos quando o paciente está informado sobre sua situação de saúde, pois este terá condições de colaborar no seu tratamento. Com as reuniões do grupo deste projeto de intervenção em andamento, fica clara que a situação de saúde da população adscrita envolve principalmente quatro conceitos interdependentes: condições financeiras, condições de trabalho, atendimento à saúde, relacionamento familiar e perdas. A má situação financeira conduz a uma alimentação deficiente, que resulta em saúde também deficiente e, portanto, em péssima qualidade de vida.

Infelizmente quase todos esses fatores ultrapassam a capacidade do profissional de saúde, mas já se observa que, com os conhecimentos repassados e discutidos nas reuniões, os usuários enxergam mais possibilidades de obterem uma vida saudável dentro das adversidades da sua realidade, como dito no depoimento de uma senhora hipertensa participante do grupo há 03 anos:

“É bom aprender coisas novas, o que vejo aqui, dou meu jeitinho e tento fazer em casa com minha família.” (FGS, 69 anos)

Informalmente, a equipe já observa melhora dos níveis pressóricos e glicêmicos dos usuários, além do número cada vez maior de participantes, inclusive com o interesse crescente dos que foram recém-diagnosticados. O vínculo entre a população e a unidade de saúde está sendo fortalecido, já se vê mais usuários circulando nas dependências usufruindo de muitos dos serviços disponibilizados: sala de vacina, sala de curativo e consultório odontológico. Além disso, os profissionais reafirmaram o trabalho em equipe, extrapolando, por exemplo, o método do plano terapêutico individual para além de portadores de doenças crônicas.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os grupos educativos se caracterizam como uma ferramenta positiva no incentivo à adequação de alguns comportamentos e promovem melhoria dos níveis pressóricos e glicêmicos. Ainda é e por mais algum tempo ainda será notório o elevado número de casos de não adesão ao tratamento, principalmente

medicamentoso, da hipertensão arterial e diabetes, incluindo também não seguimento de dieta adequada e rotina de atividade física insuficiente.

Muitos dos bons resultados que tais grupos poderiam obter não conseguem por algumas limitações, como foram sentidas ao decorrer deste projeto de intervenção: falta de incentivo pela gestão; curto tempo para definir melhor a programação por causa de uma agenda atribulada e a falta de insumos para oferecer em todas as reuniões, como as fitas e lancetas de glicemia capilar.

Os resultados observados precisam ser quantificados e reavaliados periodicamente dentro da rotina de trabalho da equipe, para que com o passar do tempo seja certificada que as mudanças foram efetivamente inseridas no cotidiano dos usuários e para que a gestão em saúde enxergue a educação como uma forma de trabalho eficaz na promoção da saúde, desde que seja concebida a partir de um objetivo inicial, com planejamento adequado e metodologia sistematizada.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2011

BUGALHO, A.; CARNEIRO, A.V. **Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas**. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Universidade de Lisboa, 2004.

DIAS, A.M. et al. **Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura**. São Paulo: Millenium, 2011. 40: p. 201-19

GARCIA, M.A.A. et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Revista Latino-americana Enfermagem**. São Paulo, 14(2): p. 175-82, 2006.

GIORGI, D.M.A. et al. Aderência ao tratamento em hipertensão arterial: influência de várias estruturais e de estratégias que visem sua melhora. **Revista Brasileira Med Cardiologia**. São Paulo, 4: p. 167-76, 1989.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015. **Cidades@**. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=240810&search=rio-grande-do-norte|natal>> Acesso em 02 de outubro de 2015.

LUNA, R.L. **Hipertensão arterial**. Rio de Janeiro: Medsi; 1989.

MENEZES JÚNIOR, J.E. et al. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. **Revista Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, 12(n. esp.):1045-51, 2011.

NATAL, Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo. Departamento de informação, pesquisa e estatística. **Natal: meu bairro, minha cidade**. Natal, 2009.

NATAL, Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Básica de Natal**. Natal, 2014.

OLIANE, F.C.M. **Hipertensão arterial**. Atualização Cardiológica, 1990. 4:15-20.

SBC, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, 17(1): 31-43, 2010.

TORRES, H.C.; MONTEIRO, M.R.P. Educação em saúde sobre doenças crônicas não-transmissíveis no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, 10(4):402-406, 2006.

APÊNDICES

Saúde Bucal: o envelhecer e adoecer

14 e 15/setembro/2015

Coordenadora: Flávia Lúcia S. Imperador
(cirurgiã-dentista eq. 19)



Alimentação Saudável: os 10 passos

5 e 6/outubro/2015

Coordenadora: Hozana M. D. de Melo Nascimento (agente de saúde eq. 17 e nutricionista)



10/agosto/2015:

Médica, enfermeira, odontóloga e agente de saúde renovando prescrições, atualizando cartão pessoal e livro do grupo e agendando atendimento.



11/agosto/2015:

Técnica de enfermagem e agente de saúde aferindo a pressão arterial dos participantes.