

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.



UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

MÁRCIA PRISCILA DE OLIVEIRA BARBOSA

PORTFÓLIO FINAL

BELÉM-PA

2017

MÁRCIA PRISCILA DE OLIVEIRA BARBOSA

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado à UNASUS/ UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação da Professora Dra Ivone Andreatta Menegolla.

BELÉM-PA

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	6
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	9
4 VISITA DOMICILIAR	12
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	15
REFERÊNCIAS	16
ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO	18

1 INTRODUÇÃO

Belém é uma cidade histórica e portuária, localizada ao extremo nordeste da maior floresta tropical do mundo, sendo a capital mais chuvosa do Brasil devido a seu clima equatorial. a Região Metropolitana de Belém (RMB), com 2 381 661 habitantes IBGE/2014, compreende os municípios de Ananindeua, Belém, Benevides, Marituba, Santa Bárbara do Pará, Santa Isabel do Pará e Castanhal. Devido ao intenso processo de conurbação, hoje a Região Metropolitana de Belém é um dos maiores aglomerados urbanos da Região Norte.

A economia belenense baseia-se primordialmente nas atividades do comércio, serviços e turismo, embora seja também desenvolvida a atividade industrial com grande número de indústrias alimentícias, navais, metalúrgicas, pesqueiras, químicas e madeireiras.

O município possui um total de 71 bairros oficiais, distribuídos em 8 distritos administrativos.

Por ser a capital do estado, Belém conta com vários CAPS, unidades básicas de saúde e/ou ESF em cada bairro, duas UPA's, SAMU, dois hospitais/prontos-socorros que recebem demanda de toda região metropolitana e de grande parte das cidades do interior, hospitais de referência em doenças oncológicas(um adulto e um infantil), hospital de referência em doenças infecciosas e o Hospital metropolitano de urgência e emergência, referência em queimados e traumas variados de moderado a grave.

A ESF em que trabalho, chama-se Parque Amazônia II, localizada no bairro da Terra Firme, região de periferia da cidade e muito populosa, a qual faz parte do distrito DAGUA, composto por 6 bairros. A unidade conta com uma equipe NASF, composta por nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga e terapeuta ocupacional, porém, no momento, está com suas atividades suspensas.

A unidade atende às equipes III e IV, que foram desmembradas das equipes I e II, atendidas por outra ESF do mesmo bairro. Atendemos em torno de 8000 pessoas, incluindo nesse número as famílias residentes em áreas

descobertas pela nossa unidade, mas que não deixamos de oferecer suporte para as mesmas, quando solicitado.

Contamos atualmente com 2 enfermeiras, 2 médicos, 1 técnica de enfermagem, 1 agente administrativo e 8 ACS's.

Internamente, nossa unidade é muito pequena, contando com 2 consultórios para 2 enfermeiras e dois médicos no andar de baixo, e duas salas, uma para farmácia e outra para arquivo no andar superior, além de um pequeno salão também superior, onde a equipe do NASF realiza suas atividades.

Não há suporte físico para realização de vacinas, e recentemente implantou-se o teste de pezinho duas vezes por semana, que fará coletas no andar superior do prédio da unidade, no restrito salão superior. O serviço de coleta de secreção vaginal para PCCU foi suspenso, também por falta de suporte na unidade.

Os exames laboratoriais são coletados todas as sextas pela manhã, por um laboratório conveniado à prefeitura, no consultório médico, que fica restrito para este fim nesse período da semana.

Os exames de média e alta complexidade são agendados no posto e encaminhados à secretaria de saúde da cidade ao final de cada mês, onde é feita triagem dos exames para posterior liberação pela secretaria, onde os pacientes são encaminhados aos centros de referência conveniados ao SUS para realização dos mesmos. As consultas de especialidade também são enviadas à secretaria, cuja resposta indicará para qual centro conveniado o paciente deverá se dirigir para consulta especializada.

O atendimento na unidade é realizado por meio de consultas agendadas do programas de hiperdia, pré-natal, puericultura, saúde da mulher, saúde do homem e por meio de livre demanda. Além do atendimento na unidade, são realizadas visitas domiciliares nos pacientes que tem necessidade das mesmas.

A maioria da população da ESF Parque Amazônia II possui doenças crônicas como Hipertensão, Diabetes e doenças osteoarticulares.

O fluxo de atendimento dos pacientes com Hipertensão e/ou fatores de risco para hipertensão, é grande, no entanto, ainda assim a equipe se depara com pacientes faltosos, não aderentes ou com dificuldade de compreensão da importância do cuidado continuado e da prática de atividades físicas. Por esse

motivo, e percebendo a importância do tema, houve o interesse da autora para desenvolver o projeto de intervenção intitulado “Promoção de saúde no programa Hiperdia: ações que impactam a adesão e a conscientização dos pacientes” a ser realizado nas dependências da ESF Parque Amazônia II, em Belém-Pará, tal projeto consta no anexo deste portfólio.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Na ESF Parque Amazônia II, a maior demanda está representada por pacientes portadores de doenças crônicas, com destaque para a Hipertensão arterial sistêmica(HAS) e o Diabetes mellitus(DM).

Dentre outros casos atendidos pela equipe multidisciplinar da referida ESF, destaca-se o paciente A.R.S, 44 anos, pedreiro, casado, tem 3 filhos (2 meninas e 1 menino), filho de mãe diabética (já falecida por complicações da doença) e pai hipertenso (ainda vivo), que não procura a Unidade há 4 anos por “não ter tido queixa até 3 meses atrás, quando apareceram vários problemas”. Relatou que sua esposa trabalha fora o dia inteiro e chega cansada em casa, não dispondo de tempo para dar a atenção devida à família, e que as refeições noturnas “quase sempre é lanche, pizza ou churrasco” e seu almoço “é aquela marmitta de pedreiro que a empresa manda para a obra, com muito arroz, macarrão e carne ou frango”.

Paciente, por ocasião da primeira consulta, foi examinado, colhido toda a história clínica e antecedentes, e queixas, as quais eram de “rápida perda de peso, suor excessivo, muita fome, sede que nunca passava e várias idas ao banheiro na madrugada, empatando o sono”. Foram solicitados exames laboratoriais, os quais apontaram diabetes. O paciente foi informado sobre o diagnóstico, esclarecido quanto a patologia e suas complicações, necessidade de acompanhamento rotineiro com a equipe da ESF, dieta, exercícios. Ao final da consulta, o paciente mostrou-se irritado e não aceitou seu diagnóstico, pois considerava-se “ativo, ainda jovem” e que seus sintomas estariam relacionados

a “falta de vitaminas apenas” e exigia, grosseiramente, novos exames em outro lugar, alegando o laboratório não ser de confiança, pois pertencia ao serviço público.

Devido ao comportamento agressivo do mesmo e a quantidade de pacientes que ainda estavam esperando atendimento, novos exames foram solicitados na tentativa de apaziguar os ânimos e encerrar por hora o atendimento deste paciente.

O agente comunitário responsável pela microárea a qual o paciente reside foi informado por vizinhos que o mesmo passou a frequentar assiduamente o bar perto de sua residência, no qual ingeria grandes quantidades de bebida alcoólica, comidas demasiadas gordurosas e várias guloseimas, sempre sendo chamado a atenção pelos colegas mais próximos sobre suas extravagâncias, já que sua mãe, sabidamente, foi a óbito por complicações cardiovasculares provocadas pelo diabetes.

Ao retornar com novos exames, o paciente encontrava-se entristecido devido a piora dos sintomas e relatou dois episódios de desmaio no trabalho, logo cedo da manhã e que por conta do ocorrido, estava ansioso com os novos resultados.

Conforme esperado, a clínica e os exames apontaram novamente o diagnóstico de Diabetes, com todas as informações acerca da patologia novamente explicadas ao paciente, porém, desta vez, a equipe NASF e os ACS's já tinham sido acionados sobre o paciente, sua dificuldade de aceitação da doença e necessidade de acompanhamento e amparo dele e da família.

Desta forma, após reunião com a equipe da ESF, foi constatado que outros pacientes se encontravam em situação de vulnerabilidade para doenças como hipertensão e diabetes, devido o conhecimento das famílias cadastradas na unidade de saúde e as queixas mais frequentes apontadas nas visitas dos agentes e da equipe NASF à comunidade, bem como nas consultas anteriores à equipe de enfermagem e médica. Após essa reunião, viu-se a necessidade de organizar ações nas quais pudessemos incluir metas a serem cumpridas a curto, médio e longo prazo e incluir todos os pacientes acompanhados no Hiperdia na Unidade, conscientizando-os dos riscos, dos cuidados com a saúde física, mental, com a alimentação e de quando procurar a unidade, em caso de dúvidas

ou sintomas novos, e da importância de comparecer regularmente à unidade para acompanhamento de sua condição e prevenção de complicações.

Assim sendo, concluímos que a melhor forma de abordar os pacientes portadores de doenças crônicas, e principalmente, aqueles mais avessos a aceitação do diagnóstico e convivência com sua nova condição de vida, foi a adoção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), entendido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, configurando-se como um dispositivo potencial para o planejamento das ações em saúde na Estratégia de Saúde da Família.

Segundo Brasil (2011), o Projeto Terapêutico Singular é uma forma de organização da gestão do cuidado, instituída no processo de trabalho em saúde entre as equipes da Atenção Básica, constituindo-se numa ferramenta viabilizadora de diálogo interativo entre os profissionais envolvidos na Atenção Básica, permitindo o compartilhamento de casos e o acompanhamento longitudinal de responsabilidade destas equipes.

A construção de um PTS implica, fundamentalmente, na revisão de condutas profissionais e pessoais no trabalho em equipe, junto ao usuário e frente ao modo de identificar os recursos comunitários. Desenvolver um PTS exige também um reconhecimento da forma como nos comunicamos e propomos diálogos, entendendo que a comunicação, independente da forma como ela seja feita (palavras, sinais, ou até mesmo permanecer em silêncio) afeta diretamente o comportamento humano (DANTAS,2010).

O desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular amplia a prática clínica, uma vez que o cuidado passa a não ser praticado isoladamente por um profissional, mas sim compartilhado com todos da equipe de saúde, evitando assim a referência e contrarreferência a outros níveis de atenção à saúde, buscando esgotar todas as possibilidades terapêuticas disponíveis para responder às necessidades identificadas pelas Equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. É importante frisar, que adotando tal prática não se exclui a necessidade da referência e contrarreferência, mas sim a adoção de um modelo, cuja abordagem culmina numa produção mais racional e eficaz do cuidado neste nível de atenção à saúde.

O PTS representa um momento de toda a equipe de saúde envolvida (NASF e ESF), em que todos podem colaborar com suas respectivas análises, para ajudar a entender o indivíduo, família ou grupo que apresente alguma necessidade complexa de saúde, transformando, dessa forma, as práticas de cuidado e fortalecendo o papel da equipe multiprofissional ao permitir a troca de saberes e promover uma atenção integral centralizada nas necessidades das pessoas em seu contexto social (SILVA et al, 2013).

Portanto, ao dividir as responsabilidades desses casos, cria-se um vínculo entre a equipe de saúde da ESF e o indivíduo ou coletivo que pertence à comunidade atendida pela ESF e que necessita de acompanhamento rotineiro de sua situação, sendo possível, desta forma, compartilhar dificuldades de manejo das situações e apontar a melhor solução para o problema, sem precisar, muitas vezes, referenciar os pacientes para dar seguimento às suas queixas.

O paciente do caso exposto frequenta assiduamente a unidade de saúde, com realização rotineira de exame físico, consultas médica, de enfermagem, acompanhamento psicológico e fisioterapêutico, através de grupos de orientação/conversa e exercícios, visando melhor adaptação à sua nova condição e prevenindo complicações que por ventura pudessem se instalar precocemente, além das visitas domiciliares do agente comunitário responsável pela área em que o mesmo reside, relatando à equipe os progressos e decréscimos do paciente e identificando novos indivíduos que possam compartilhar do mesmo caso, para que, juntos, possamos intervir da melhor maneira para abordar o indivíduo e seu problema de maneira integral e tentar solucioná-lo dentro da Atenção Básica.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Há 10 meses atuo na ESF Parque Amazônia II, em Belém-PA, e deste que entrei para a equipe de saúde local, me deparei com o trabalho organizado, de uma forma geral, com a população tendo amplo acesso às suas

necessidades, possibilitando o acesso universal, integral, contínuo e resolutivo à saúde, caracterizando a unidade como a porta de entrada do sistema de saúde. Conforme exposto por Brasil(2011), em nossa ESF são realizadas ações contínuas de saúde além de visitas domiciliares para captar os usuários e realizar busca ativa dos que não frequentam a unidade de saúde, e desta forma, a equipe ESF torna-se o ponto de referência, da área adscrita, para procura de atendimento, sendo responsável por acolher, conhecer e atender os problemas de saúde da população, tanto no âmbito individual quanto no coletivo.

Ao observar a demanda diária, identifiquei uma lacuna em relação aos pacientes de saúde mental, os quais estavam acostumados a comparecer ou enviar responsável, para renovação de receita de medicamentos controlados, solicitando ao seu respectivo ACS ou à agente administrativa do posto de saúde, para “encaixá-lo, rapidinho, só para renovar a receita, não é consulta”, sem avaliação médica, sem os cuidados de saúde integral. A partir de então, realizei uma busca ativa nos prontuários destes pacientes e percebi que havia a “cultura de renovação de receita controlada”, sem avaliação médica dos demais aspectos da saúde destes pacientes e sem análise da verdadeira necessidade da continuação de certas medicações, ou até mesmo de ajustes posológicos. Percebi que esta era uma prática já difundida e cômoda tanto aos pacientes, que não precisavam enfrentar filas de espera para marcação de consultas e atendimentos, quanto para os profissionais, os quais teriam a demanda diminuída e a necessidade deste grupo de pacientes “resolvida”.

Realizei reunião com a equipe da ESF para expor a importância e, portanto, a necessidade de um cuidado integral deste grupo e do registro em prontuário médico desta prática, possibilitando conhecer os usuários, suas queixas e aplicar as intervenções que fossem necessárias.

Em relação a abordagem individual deste grupo, procurei identifica-los quanto aos dados pessoais, endereço, qual agente comunitário o acompanhava, qual patologia psiquiátrica o mesmo possui, os medicamentos de uso diário e suas posologias, há quanto tempo faz uso dos medicamentos, bem como a presença de demais transtornos orgânicos. Na medida do possível, busco dados sobre vivência familiar e social, na tentativa de identificar algum fator desencadeante de piora/melhora no atual estado de saúde de cada paciente,

sempre buscando oferecer uma abordagem biopsicossocial do usuário que nos procura. Os dados são registrados no prontuário de cada paciente, e uma nova consulta é agendada, para acompanhamento periódico, respeitando a particularidade de cada situação.

Inicialmente, conforme esperado, houve relutância por parte dos usuários, afinal a partir de agora os mesmos passariam a ter um horário na demanda semanal para consulta e avaliação médica agendadas. Porém, com a organização de uma palestra esclarecedora antes da implantação desta agenda, para explicar a importância do cuidado integral dos pacientes do grupo de saúde mental, a maioria dos usuários mostraram-se receptivos à nova abordagem, uma vez que os mesmos também foram elucidados a respeito do papel do médico generalista na atenção básica, colocando-o como co-participante no cuidado da saúde, desmistificando o papel centralizador do cuidado atrelado à figura do psiquiatra.

Neste sentido, segundo Bonfim et al(2013), o país, através do SUS, vem construindo estratégias possíveis de contribuir para a superação desta limitação, como por exemplo, a Política de Saúde Mental com a reversão do modelo centrado no hospital psiquiátrico e com a criação de uma rede de serviços substitutivos a este, colocando a ESF, como ponto de organização da Atenção Primária. Apesar dessa e de outras estratégias, na prática encontramos diversos desafios impostos pela realidade sanitária aos profissionais e serviços de saúde e à população, o que dificulta a população passar a buscar a ESF como ponto de apoio primário na saúde mental.

Desta forma, e conforme já exposto por demais autores(Prestes et al; Sousa et al; 2011), há a necessidade de reformular o atendimento e abordagem psiquiátrica, destacando a relevância de interligação entre redes assistenciais de saúde mental e de APS para favorecer um cuidado integral ao usuário, justificada pela alta prevalência de transtornos mentais, reconhecendo a indissociabilidade entre os problemas de saúde mental e os "físicos", e reconhecendo, portanto, a importância do generalista em compartilhar o cuidado do transtorno mental com o psiquiatra, diminuindo as visitas à este último e desarticulando a idéia de "renovador de receitas" atribuída ao médico generalista.

Por fim, segundo Delfini e Reis(2012) a ESF pode ser considerada um recurso estratégico para trabalhar com pessoas em sofrimento psíquico, em virtude da proximidade e do vínculo que possui com as famílias e comunidades, da presença de equipes de apoio, como o NASF, tendo em sua composição psicólogos, terapeutas e assistente social, facilitando as intervenções do ponto de vista terapêutico.

4 VISITA DOMICILIAR

Na ESF Parque Amazônia II, as visitas domiciliares eram feitas de forma aleatória, através de uma planilha semanal organizada pela enfermagem, de acordo com as famílias que procuravam a unidade para solicitar visita. Logo que entrei para a equipe da unidade, propus uma organização das visitas para que pudessemos ampliar o acesso às visitas e atender a demanda de forma mais igualitária.

A partir de então, solicitei que os ACS's organizassem uma lista com todos os pacientes de suas respectivas áreas que necessitassem de visitas domiciliares. Após, fiz uma triagem daqueles pacientes que realmente precisavam de visitas domiciliares contínuas, e os que dependiam dessa demanda de forma temporária, por alguma condição aguda de resolução prevista, separando-os em dois grupos. Os pacientes deste último grupo (condições agudas), foram agendados de acordo com a gravidade, sendo portanto, priorizados, juntamente com os pacientes portadores de condições crônicas com estado de saúde mais debilitado ou próximos à este.

Dessa forma, pude programar todas as visitas mensalmente, reservando dois períodos da semana com três a cinco pacientes visitados por período, priorizando os mais necessitados e organizando as visitas de forma que todos pudessem ser contemplados, diminuindo as reclamações por conta da família do paciente ou dos cuidadores responsáveis por eles e permitindo que cada família saiba, antecipadamente, qual dia será visitada pela equipe.

No entanto, encontro ainda alguns obstáculos para cumprir o calendário das visitas, representados pela ausência de transporte para tal e, em alguns dias do ano, pela inacessibilidade à maioria dos locais da comunidade, devido aos períodos de inverno Amazônico, que alaga os canais que perpassam as ruas da comunidade, atingindo várias ruas e casas dos moradores. Ao menos metade dos paciente das visitas residem em locais que já são de difícil acesso no verão, impossibilitando chegar até eles no período chuvoso. Porém, temos percebido que, pelo menos metade dessas visitas à locais alagados no inverno, seria possível se tivéssemos transporte disponível. Este fato prejudica nosso planejamento, pois apesar do fator climático ser um empecilho em uma época do ano, a presença de um transporte diminuiria os cancelamentos de visitas por mau tempo, sendo possível realizar em áreas parcialmente alagadas, que permitem o acesso de carros, por exemplo.

Os casos que necessitam de atendimento por parte dos profissionais do NASF, como nutricionista, psicóloga (nem sempre disponível na nossa equipe) e fisioterapeuta, também ficam prejudicados, devido as mesmas dificuldades encontradas por eles já relatadas acima. A precária infraestrutura e a ausência de apoio logístico limitam o acesso dos usuários ao serviço, comprometendo o vínculo da comunidade, usuária do serviço, com nossa equipe de profissionais, pois prejudica a periodicidade da assistência e, principalmente, afeta os pacientes acamados, debilitados e portadores de alguma deficiência.

A minha maior dificuldade, apesar do descrito anteriormente, encontra-se em conseguir coletar material biológico dos pacientes das visitas e encaminhá-los para avaliação médica especializada. Com relação a coleta, dispomos de laboratório que faz a coleta dos pacientes todas as sextas, pela manhã, na unidade, porém o mesmo não se desloca até a residência dos usuários para a coleta e nem dispomos de uma logística para isso. Inicialmente, um de nossos ACS's, que é técnico de enfermagem, se prestava a tal função, devido a ausência de solução para este caso, mas o mesmo foi impedido de realizar tal função por uma das enfermeiras, ficando estes pacientes, sem o serviço até o momento. Alguns deles, a família, por ser numerosa em componentes, e/ou quando o paciente tem o mínimo de condições de sair do seu domicílio por meio

de transporte, se organiza e consegue dispendiar um táxi que faz o deslocamento do paciente até a unidade, para então fazer uma simples coleta de material biológico. Em relação as consultas médicas especializadas, todas são realizadas no próprio município em centros locais de referência para cada situação, e ainda assim, as famílias relatam limitações, como falta de dinheiro para o deslocamento, não há acompanhante para o paciente, desmarcação da consulta agendada para o dia em que compareceram no local (gerando gastos de deslocamento), da demora da marcação das consultas, dentre outros. Em alguns casos em que é possível intervir, peço ajuda de meu supervisor, que é médico de Saúde da Família, ou se necessário, do Telessaúde local.

As visitas são realizadas juntamente com o ACS que conhece o endereço. Durante as visitas, realizo as orientações necessárias e a terapêutica a ser instituída e os cuidadores têm seu espaço para esclarecimentos sobre os cuidados com o paciente visitado, tirar alguma dúvida que persista e outras questões que ocorrer.

Em grande parte das visitas, infelizmente, percebemos descaso com o paciente visitado, bem como a ausência de um responsável por administrar cuidados e seus medicamentos, ou até mesmo o próprio paciente é displicente com sua saúde, não seguindo as nossas recomendações, gerando frustração à nossa equipe e um grande desgaste, considerando o enorme esforço que fazemos na tentativa de amenizar os enorme entraves que enfrentamos para agendar e efetuar cada visita. Em outros casos, a família tenta transferir a responsabilidade do cuidado exclusivamente para a equipe de saúde, sobrecarregando os profissionais, se eximindo de qualquer responsabilidade. Em todas as visitas, esclareço veementemente qual papel nos cabe enquanto profissionais de assistência à saúde e quais as nossas limitações, ressaltando que o cuidado principal é o oferecido dentro do próprio domicílio pela família, a qual deve garantir o bem estar biopsicossocial do usuário.

No outro extremo, temos os pacientes muito bem assistidos por um responsável por seus cuidados, geralmente um único filho(a) que toma para si a responsabilidade de amparar e zelar pelo paciente, muitas vezes, em detrimento de seu próprio cuidado. Nesses casos, sempre procuro orientar a procurar a

nossa equipe para fazer acompanhamento de saúde, dar atenção para estes cuidadores que estão sobrecarregados pela sua rotina intensa com seu familiar que necessita dele, fazendo-o entender que ele também precisa ser cuidado para que disponha de condições de cuidar do seu familiar.

Finalmente, percebo que as visitas realmente fazem diferença na evolução natural do processo da doença do paciente, mas principalmente, na forma como o paciente lida com sua condição e como o apoio familiar é importante quando todos trabalham em harmonia com a equipe de saúde para melhor assistir ao paciente que nos procura.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Foi um ano de descobertas, onde minha vida profissional teve início em contato com uma realidade distinta, difícil de ser ensinada nas cadeiras da faculdade.

Contradizendo a insegurança comum a todo recém-formado, que é a de não ter capacidade técnica para resolver os problemas a ele trazidos, para minha surpresa as maiores dificuldades vividas foram de natureza operacional, na forma de carências estruturais, materiais, humanas e burocráticas.

Sendo assim, o curso de especialização propiciou uma base teórica, de princípios e normas, sobre a qual pude incorporar ao meu cotidiano, para enfrentar estes novos desafios que se apresentavam.

No início, houve certa estranheza para com o formato utilizado, de fóruns on line e atividades de preenchimentos on line, assim como a impessoalidade das relações entre avaliadores e avaliados. Esta barreira foi sendo superada aos poucos, no decorrer do curso, e hoje já estou familiarizada com o formato, inclusive conseguindo integrar os conhecimentos obtidos às minhas atividades da unidade, o que tem possibilitado substancial melhora no atendimento e abordagem mais humanizada e integral para com os usuários.

Agrega-se à isto, o caráter multidisciplinar do cuidado com os pacientes, permitindo um cuidado não somente da doença, mas sobretudo o olhar do indivíduo como um ser biopsicossocial, inserido em um contexto familiar e de

vivência na comunidade, fatores estes que muito influenciam na forma como o paciente descreve o processo do seu adoecer. Essa abordagem foi amadurecida continuamente na prática diária e com os casos e conteúdos da especialização, que apesar de abordar regiões completamente distintas do país, nos demonstrou como adaptar as condutas para cada realidade.

A construção do portfólio foi interessante na medida em que foi possível perceber a construção e evolução do processo ensino-aprendizado, através do curso, o qual nos ensinou a organizar o atendimento e melhorar a abordagem da equipe com a comunidade e do médico com sua equipe de saúde, e da aplicação prática de algumas das situações colocadas durante as unidades em nosso cotidiano, obviamente, dentro da realidade de cada unidade de saúde e das possibilidades de executá-las.

O amadurecimento profissional é notório e a humanização do atendimento surge de forma espontânea ao avançar do curso, o que nos permite, aos poucos, contribuir para melhoria do acolhimento dos pacientes e procurar as melhores formas de se abordar as mais diversas situações com as quais nos deparamos em nosso cotidiano.

Por fim, é evidente que a relação profissional-equipe de saúde-usuário tornou-se mais harmônica, com uma comunicação ativa entre todos, onde nossa unidade busca sempre solucionar da melhor forma as questões apresentadas pelos pacientes, obviamente, na medida em que a burocracia e o descaso municipal não interfira.

REFERÊNCIAS

BONFIM, I.G. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface – Comunicação, saúde e educação** (Botucatu), v.1, n.45, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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 (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

DANTAS, B.S.A. Intervenções Psicossociais na Comunidade: desafios e práticas. *Psicologia & Sociedade*; v. 22, n.1, p. 95-103, 2010.

DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saude Publica**, v.28, n.2, p.357-66, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional da Atenção Básica. .Ministério da Saúde - PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011, Brasília, 2011.

PRESTES, L.I.N. et al. Apoio Matricial: um caminho de fortalecimento das redes de atenção à saúde em Palmas-TO. **Rev. Bras. Cienc. Saude**, v.15, n.2, p.215-8, 2011

SILVA, E.P. et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **Revista Brasileira de Ciência da Saúde**; v. 17, n.2, p. 197-202, 2013.

SOUSA, F.S.P. et al. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis**, v.21, n.4, p.1579-99, 2011.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



Márcia Priscila de Oliveira Barbosa

**PROMOÇÃO DE SAÚDE NO PROGRAMA HIPERDIA : AÇÕES QUE
IMPACTAM A ADESÃO E A CONSCIENTIZAÇÃO DOS PACIENTES**

**BELÉM-PA
AGOSTO 2016**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	03
PROBLEMA	05
3 JUSTIFICATIVA	05
4 OBJETIVOS	07
4.1 Objetivo geral	07
4.2 Objetivos específicos	07
5 REVISÃO DE LITERATURA	07
6 MATERIAIS E MÉTODOS	09
7 CRONOGRAMA	11
8 RECURSOS NECESSÁRIOS	12
9 RESULTADOS ESPERADOS	13
REFERÊNCIAS	13

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis apresentam alto custo social e grande impacto na morbimortalidade das populações devido à alta prevalência, assumindo papel importante e crescente para a saúde pública mundial (RAMOS, et. al. 2015) No Brasil, os altos índices de óbitos causados por doenças crônicas decorrem do estágio atual da transição demográfica/epidemiológica vivenciada pela população brasileira. Dentre tais morbidades destacam-se o câncer, as doenças cardiovasculares, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). (MIRANZI, et. al. 2008;BRASIL, 2006).

A HAS é caracterizada por valores de pressão arterial sustentadamente elevados, constituindo um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças do sistema circulatório e cerebrovasculares, além de complicações renais. A história natural é prolongada e, ao processo de cronicidade, associa-se uma multiplicidade de fatores como longo curso assintomático, evolução clínica lenta e permanente, além do aparecimento de complicações (MIRANZI, et. al. 2008; GOMES et. al, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o Diabetes mellitus como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente suas ações, caracterizando-se pela hiperglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Os sintomas característicos são: polidipsia, poliúria, visão turva e perda de peso (OMS, 1999).

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) encontra-se um excelente campo para o cuidado às pessoas com HAS e DM. A ESF pode ser definida como um conjunto de ações no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação (CARVALHO FILHA, et. al. 2011). A ESF foi concebida com o objetivo de reorganizar e o fortalecer a Atenção Primária à Saúde como primeiro nível de

atenção no SUS, mediante a ampliação do acesso e a qualificação e a reorientação das suas práticas (SOUZA e HAMANN, 2009).

Nesta perspectiva, as equipes de Saúde da Família possuem papel fundamental no desenvolvimento das ações de prevenção e controle dessas condições. Para cumprir esse papel, os profissionais de saúde devem organizar a assistência, de forma a aperfeiçoar o acesso dos usuários a todos os serviços, que abrangem: consultas médicas e de enfermagem, exames complementares, recebimento de medicamentos anti-hipertensivos e/ou antidiabéticos, mensuração de peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e glicemia capilar, além do atendimento odontológico e encaminhamento a outras especialidades, visando prevenir ou conter lesões em órgãos-alvo (CARVALHO FILHA, et. al. 2011).

No entanto, ainda que o acesso e o atendimento sejam qualificados, uma das grandes dificuldades apresentadas pelos pacientes em aderir aos tratamentos propostos consiste na compreensão da necessidade de utilizar diariamente diversas medicações, com seus respectivos efeitos colaterais, para o controle de uma patologia, até então, assintomática (GOMES et. al, 2010).

Neste sentido, a regularidade e a qualidade da comunicação clínica são fatores essenciais para adesão ao tratamento e obtenção dos resultados esperados, visto que, a participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações. Para que haja esse engajamento, é importante que haja vínculo suficiente entre médico e paciente (MANFROI e OLIVEIRA,2006; GOMES et. al, 2010).

A vista dessa conjuntura torna-se imprescindível a elaboração de estratégias e propostas que atendam a demanda dos pacientes atendidos pelo programa Hiperdia, de modo a conscientizar estes acerca de sua condição, permitindo a adesão ao tratamento de maneira adequada, principalmente no que se refere aos aspectos comportamentais envolvidos com essas morbidades.

A Unidade de Saúde da Família Parque Amazônia II, localiza-se no bairro da Terra Firme (município de Belém), e conta com duas equipes

compostas por dois médicos, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, sendo responsáveis pela cobertura de cerca de 8500 usuários. Uma das maiores demandas atendidas pela unidade é o acompanhamento de pacientes com HAS e DM pelo programa Hiperdia, o que torna esse tema um dos principais alvos da equipe profissional.

2 PROBLEMA

Os pacientes atendidos na USF Parque Amazônia II pelo programa Hiperdia apresentam grande dificuldade de adesão ao tratamento proposto pelos profissionais da unidade, sendo a maior dificuldade relacionada à conscientização do risco que Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus podem ocasionar para a qualidade de vida e saúde destes usuários. O perfil assintomático/oligosintomático dessas morbidades propicia o “mascaramento” da gravidade do quadro, fazendo com que os pacientes não compreendam a necessidade das mudanças comportamentais e dietéticas e medicamentos prescritos pela equipe.

3 JUSTIFICATIVA

Nas últimas décadas, o padrão epidemiológico de morbimortalidade sofreu alterações em todo mundo. As doenças infectocontagiosas que anteriormente apresentavam prevalência predominante cederam lugar à ascensão de doenças crônico-degenerativas, em sua maioria, relacionadas ao estilo de vida. Esse fenômeno é conhecido como transição epidemiológica e afetou inicialmente os países de renda alta, mas posteriormente chegou aos países de renda média e baixa, sendo que nesses o processo ocorreu de maneira acelerada. Segundo a Organização Mundial da Saúde, as doenças crônicas de maior impacto mundial são diabetes, câncer, doenças respiratórias e aquelas relacionadas ao sistema circulatório (OMS, 2010).

As doenças crônicas apresentam como características relevantes: uma longa história natural da doença e o risco de complicações e sequelas; exigindo maior controle e cuidados permanentes, tendo em vista o potencial

de provocar incapacidades funcionais (GOES e MARCON, 2002). A adesão ao tratamento de qualquer doença crônica sofre influência de fatores intrínsecos ao paciente e outros referentes aos profissionais de saúde. Os principais fatores atribuídos aos pacientes são relacionados à percepção da condição clínica como doença, da atitude frente à morbidade e a motivação pessoal pela busca de um melhor estado de saúde (COELHO, 2005).

O uso regular de medicamentos é um componente essencial para adesão ao tratamento, visto que pode ser compreendido como o grau e coincidência entre a prescrição e o comportamento ao qual o paciente apresenta acerca de sua condição clínica (COSTA et. al., 2012). Esse comportamento é fortemente determinado pelo nível de escolaridade do usuário, na medida em que, o regime medicamentoso e alimentação saudável são cuidados fundamentais para o manejo clínico da doença. O baixo nível escolar contribui para a dificuldade na compreensão do tratamento, tornando necessário o acompanhamento rigoroso e orientações adequadas por parte das equipes de saúde (LIMA et. al., 2011).

A conscientização da real importância do uso constante da medicação anti-hipertensiva ou hipoglicemiante deve ser estimulada pelos profissionais da saúde, por meio de informações quanto ao uso diário e correto da medicação. Nesse sentido, o programa Hiperdia, desenvolvido no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, configura-se como uma importante ferramenta para auxiliar os usuários no enfrentamento da adesão ao tratamento dessas patologias (NEGREIROS et. al., 2016).

Os profissionais de saúde envolvidos na Estratégia Saúde da Família precisam ter a educação em saúde como prática constante no seu cotidiano, desenvolvida principalmente por meio de palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos e também individualmente, através das consultas médicas e de enfermagem (CARVALHO FILHA, 2011). Dessa forma, torna-se necessária o estabelecimento de uma comunicação efetiva entre equipe-paciente-família, com o intuito de disseminar o conhecimento entre a comunidade e os usuários. (COTIERO et. al., 2009).

A assistência aos hipertensos e/ou diabéticos exige a realização de atividades de promoção em saúde, como campanhas educativas periódicas,

programação regular de atividades de lazer individual e comunitário, além da utilização de recursos que enfatizem a importância da adesão às condutas propostas pela equipe e estimulem o desejo dos pacientes em controlar os agravos (CARVALHO FILHA, 2011).

Considerando os aspectos que influenciam a história natural dessas patologias, o risco de complicações e impacto na qualidade de vida, bem como, o papel das equipes de saúde da família nesse processo, este projeto de intervenção tem como objetivo aprimorar o nível de consciência dos usuários acerca das características clínicas do DM e HAS, assim como, da administração adequada das medicações e da orientação nutricional. Dessa maneira, pretende-se melhorar a qualidade da assistência aos pacientes e redução dos agravos.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

- Implementar ações de saúde e campanhas que contribuam para a adesão ao tratamento de pacientes atendidos pelo programa Hiperdia, na Estratégia Saúde da Família Parque Amazônia II, no município de Belém do Pará.

4.2 Objetivos específicos

- Ampliar o nível de conhecimento dos pacientes acerca da HAS e DM
- Conscientizar os pacientes acerca dos sinais e sintomas precoces dessas condições
- Estimular a adoção de hábitos de vida saudáveis de maneira a contribuir para o controle da HAS e DM nesses pacientes

5 REVISÃO DE LITERATURA

As doenças crônicas não transmissíveis representam uma grave preocupação à saúde para as populações em todo o mundo, demonstrando proporções reais de uma pandemia. Dentre as patologias com proporções de pandemia, destacam-se as doenças cardiovasculares e metabólicas, que acometem a população mundial em todas as faixas etárias (MALFATI e ASSUNÇÃO, 2011).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) fazem parte do conjunto de doenças crônicas não transmissíveis, representando, de forma mútua, uma das principais causas de óbitos em todo o país (MALFATI e ASSUNÇÃO, 2011). A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (BRASIL, 2006). Trata-se de uma doença crônica, também conhecida como “assassina silenciosa”, pois, na maioria das vezes, não apresenta sintomas, o que dificulta seu diagnóstico e a adesão ao tratamento. O DM pode resultar de uma variedade de condições que resultam em hiperglicemia, proveniente de transtornos genéticos, insuficiência na produção de insulina, ou adquiridos, como a resistência à ação da insulina (OMS, 1999).

A associação da HAS e do DM ocorrem em cerca de 50% dos casos, exigindo o manejo das duas patologias em um mesmo paciente, agravado pelo fato de que sua concomitância potencializa os danos micro e macrovascular decorrentes, acarretando em alta morbimortalidade cardiovascular e cerebral (BRASIL, 2001).

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu em 2001, um plano de reorganização da Atenção a Saúde, tendo como estratégia ampliar a prevenção, o diagnóstico e o controle da HAS e do DM, reduzindo o número de internações, a demanda por pronto-atendimento, os gastos desnecessários com tratamento de complicações evitáveis e o número de aposentadorias precoces (BRASIL, 2001).

Nessa perspectiva, espera-se que os gestores e profissionais da atenção básica sejam conscientizados quanto à gravidade que a falta de acompanhamento dessas condições clínicas pode representar para os usuários, assim como, acerca da influência e importância dos grupos de apoio e ações de

saúde, de maneira a aumentar o número de profissionais envolvidos com estas atividades (NEGREIROS et. al., 2016).

Neste sentido o Programa Hiperdia, implementado no espectro de ações da Estratégia de Saúde da Família, tem importância fundamental ao atuar na prevenção e controle, contribuindo para a redução dos possíveis agravos aos usuários acometidos pelo DM e HAS (NEGREIROS et. al., 2016). Dessa maneira, o projeto de intervenção ao aprimorar a conscientização dos pacientes, ampliar seu grau de integração com a equipe de saúde e propiciar a troca de experiências entre os usuários, tem o potencial de melhorar a adesão ao tratamento, aquisição de hábitos de vida saudáveis e melhorar a coesão social da comunidade. Tais contribuições são enormemente relevantes tanto para o manejo dessas patologias como para o funcionamento adequado da Estratégia de Saúde da Família na unidade.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um projeto de intervenção epidemiológico com o intuito de auxiliar e qualificar a assistência e as ações do Programa Hiperdia instituído na Estratégia Saúde da Família Parque Amazônia II, no município de Belém do Pará, por meio da realização de atividades, campanhas e grupos de discussão, de forma a aprimorar a consciência dos pacientes acerca de sua condição clínica e hábitos de vida saudáveis necessários para o controle dessas morbidades.

6.1 Público alvo

Este projeto de intervenção foi idealizado para pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus atendidos pelo Programa Hiperdia, na Estratégia Saúde da Família Parque Amazônia II, no município de Belém.

Os critérios de inclusão e exclusão para participação no projeto são:

Critérios de inclusão: Pacientes diagnosticados e em acompanhamento ambulatorial para Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, maiores de 18 anos, em condições de mobilidade e saúde mental preservadas, que concordem com a participação no projeto.

Crêterios de exclusão: pacientes que não atendam aos cr terios acima descritos, que se recusem a participar, que se encontrem acamados e/ou impossibilitados de comparecer a unidade para as atividades do projeto.

6.2 Período de realiza o do projeto

O projeto de interven o será implementado no período de Janeiro a Abril de 2017.

6.3 Recrutamento e acolhimento dos pacientes

Os participantes do projeto serão abordados individualmente durante as consultas médicas e de enfermagem ,e na sala de espera, mediante ao convite por parte de um dos profissionais da equipe que esclarecer  os detalhes da iniciativa e as etapas de desenvolvimento do projeto.

Os pacientes que desejarem participar do projeto serão convidados para uma reunião inicial, onde serão esclarecidas possíveis d vidas e o funcionamento do projeto.

6.4- Interven o

A interven o proposta para os participantes será realizada sob a forma de encontros semanais, nos quais serão desenvolvidos três tipos de atividades: palestras, grupos de discussão e campanha.

Os encontros serão organizados na própria unidade, com cronograma a ser estabelecido com a equipe, com dura o máxima de 20 minutos, sendo distribuídos da seguinte forma:

- Palestra ministrada por profissional de saúde (dura o 20 min)
- Grupo de discussão com participantes (20 min)

Palestras

As palestras serão realizadas por profissionais de saúde da própria unidade, médico e enfermeiro, e profissionais convidados do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), como psicóloga, nutricionista e farmacêutico.

As palestras apresentarão linguagem acessível aos pacientes, e visam o esclarecimento acerca dos aspectos clínicos e comportamentais atribuídos a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Os temas propostos são:

- HAS: aspectos clínicos, fatores de risco e complica es
- DM: aspectos clínicos, fatores de risco e complica es

- Alimentação saudável x HAS e DM: restrições e possibilidades
- Medicações em DM e HAS: manejo e interações
- Obesidade e seu impacto na DM e HAS

Grupos de discussão

Os grupos de discussão serão organizados após as palestras, momento em que serão discutidas as dúvidas, experiências e dificuldades dos pacientes no manejo de sua condição clínica. Durante os encontros, serão realizadas dinâmicas com uso de materiais lúdicos e outros recursos audiovisuais.

Ao término do projeto, no último encontro, será organizada uma oficina de cartazes, na qual os pacientes serão requisitados a produzir material educativo a ser exposto na unidade, com objetivo de disseminar os conhecimentos que eles adquiriram no decorrer das atividades.

Campanha

A equipe de saúde organizará uma campanha educativa, por meio dos cartazes confeccionados pelos participantes do projeto, que serão fixados na unidade, esta campanha será lançada por meio de uma ação educativa, a ser realizada no segundo sábado do mês de abril, em que ocorrerá uma confraternização com os pacientes do projeto e demais membros da comunidade.

Nessa ação serão realizadas consultas médicas e de enfermagem em que serão aferidas a pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal dos usuários, de forma, a propiciar orientações e/ou solicitação de exames de maneira a diagnosticar precocemente HAS e DM.

7 CRONOGRAMA

Atividades	2017			
	JAN	FEV	MAR	ABR
Apresentação da proposta para a equipe de saúde	X			

Apresentação do Projeto para a Secretaria de Saúde local	X			
Planejamento/organização em conjunto com a equipe	X	X		
Recrutamento dos pacientes		X		
Reunião de acolhimento		X	X	
Encontros com os pacientes (palestras / grupos de discussão)		X	X	
Campanha e Finalização do projeto			X	X

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

8.1. Recursos humanos

Equipe de saúde da unidade composta por dois médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e 7 agentes comunitários de saúde.

8.2 Recursos materiais

- Computador.
- Impressora.
- Cartucho de tinta.
- Papel A4.

- Canetas esferográficas de ponta fina na cor preta.
- Balança.
- Esfigmomanômetro
- Fita métrica
- Cartolinas
- Tinta guache
- Giz de cera
- Canetas esferográficas coloridas

9 RESULTADOS ESPERADOS

A proposta do projeto de intervenção visa à otimização da assistência aos usuários atendidos pelo Programa Hipertensão na ESF Parque Amazônia II. Por meio de palestras educativas e grupos de discussão organizados pelos profissionais da unidade, espera-se proporcionar a estes pacientes um ambiente de troca de experiências e aquisição de conhecimentos acerca de sua condição clínica.

Segundo Carvalho Filha et al (2011), a realização de ações de promoção de saúde nessa população pode aprimorar sua adesão ao tratamento, não apenas o componente medicamentoso, mas também os aspectos comportamentais que influenciam fortemente a história natural dessas morbidades e o risco de complicações.

Dessa maneira, pretende-se estimular a conscientização dos pacientes e da comunidade sobre esses temas, assim como, melhorar o grau de coesão social e a integração da equipe com a comunidade, fatores essenciais para a eficiência da Estratégia de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 235 de 20 de fevereiro de 2001. **Diretrizes sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Diário Oficial da União, 06 mar 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

CARVALHO FILHA, F.S.S. et al. HiperDia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Rev. Rene**, v. 12, n. esp, 2011.

COELHO, Eduardo Barbosa et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arq bras cardiol**, v. 85, n. 3, p. 157-61, 2005.

CONTIERO, A.P. et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 62, 2009.

COSTA, Jamille Oliveira et al. Perfil de saúde, estado nutricional e nível de conhecimento em nutrição de usuárias do Programa Academia da Cidade-Aracaju, SE. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 17, n. 2, p. 93-99, 2012.

GOES, Edlene Loureiro Aceti; MARCON, Sonia Silva. A convivência com a hipertensão arterial. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 24, p. 819-829, 2008.

GOMES, T.J.O.; SILVA, M.V.R.; SANTOS, A.A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras. Hipertens**, v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010.

LIMA, Lílian Moura de et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev. gaúch. enferm**, v. 32, n. 2, p. 323-329, 2011.

MALFATTI, C.R.M.; ASSUNÇÃO, A.N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1 Suppl, p. 1383-88, 2011.

MANFROI, Angélica; OLIVEIRA, Francisco A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 2, n. 7, p. 165-176, 2006.

MIRANZI, S.S.C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 672, 2008.

NEGREIROS, R.V. et al. Importância do programa Hiperdia na adesão ao tratamento medicamentoso e dietético em uma unidade de saúde da família (USF) **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 14, n. 2, p. 403-411, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Definição, diagnóstico e classificação do Diabetes Mellitus e suas complicações. Parte 1: diagnóstico e classificação do Diabetes Mellitus. Genebra, Suíça OMS; 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório do status global das doenças não transmissíveis. Genebra, Suíça. OMS; 2011.

RAMOS, V.K.S. et al. Caracterização dos usuários do Hiperdia em uma unidade básica de saúde em um município do Estado do Maranhão. **Revista de Investigação Biomédica**, v. 6, n. 1, p. 82-91, 2015.