



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Márcia Cardoso dos Santos

A inserção do grupo hiperdia em uma Unidade Básica de Saúde da Família no município de Taquara, Rio Grande do Sul (RS)

Florianópolis, Março de 2023

Márcia Cardoso dos Santos

A inserção do grupo hiperdia em uma Unidade Básica de Saúde da
Família no município de Taquara, Rio Grande do Sul (RS)

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

Orientador: Joyce Ribeiro Rothstein
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Márcia Cardoso dos Santos

A inserção do grupo hiperdia em uma Unidade Básica de Saúde da Família no município de Taquara, Rio Grande do Sul (RS)

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

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Joyce Ribeiro Rothstein
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis representam a maior causa de óbitos mundiais, com elevado número de mortes prematuras e alto grau de limitação de atividades, gerando prejuízos tanto na qualidade de vida, quanto na condição econômica das famílias, comunidades e sociedade em geral. Na Unidade Básica de Saúde Jenifer Schirmer, em Taquara, Rio Grande do Sul, a ausência de grupos para promoção a saúde contribui para a falta de acesso à informação da população, reforçando comportamentos resistentes às mudanças de hábitos de vida e a adesão terapêutica medicamentosa, enfraquecendo o vínculo com a equipe de saúde e aumentando o número de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis descompensadas. **Objetivo:** A presente intervenção visa a criação de um grupo de promoção da saúde para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, com foco em hipertensos e diabéticos, com atividades informativas interativas, de linguagem acessível e motivadora. **Metodologia:** Reuniões de equipe foram realizadas, nos períodos de julho a agosto de 2020, para organização dos principais pontos para a execução do grupo, sendo eles: definição do tema principal, localidade, dia, horário, temáticas iniciais, método de interação, materiais necessários, funções dos integrantes da equipe e métodos avaliativos. **Resultados esperados:** Almeja-se que com essa intervenção ocorra aumento do nível de conhecimento em saúde e emponderamento dos pacientes, aumento da adesão aos hábitos de vida saudáveis e a terapêutica medicamentosa, comparecimento às consultas agendadas, diminuição da demanda de consultas médicas devido a doenças crônicas não transmissíveis descompensadas, aumento do vínculo entre população e equipe e a construção de um ambiente para trocas de experiência, contribuindo assim para a consolidação da Política Nacional de Promoção à Saúde e para as metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus, Educação em Saúde, Hipertensão, Promoção da Saúde

Sumário

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

1 Introdução

A localidade de atuação a ser abordada no presente trabalho é a Unidade Básica de Saúde (UBS) Jenifer Schirmer, em Taquara – Rio Grande do Sul. Essa unidade é mais conhecida pela população como Posto/UBS Santa Maria, devido ao bairro em que está localizada, de mesmo nome.

A unidade conta com os serviços diários da clínica geral, enfermagem, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde; os serviços semanais da odontologia, psicologia, dermatologia, psiquiatria, pediatria, ginecologia e obstetrícia; e também a atuação da coordenadora da unidade e a recepcionista. Possui boa estrutura e espaço amplo. Não possui farmácia própria para distribuição de medicamentos e os serviços de vacinação são fornecidos na unidade apenas em campanhas. Demais vacinações e medicamentos são fornecidos através de unidades específicas da cidade.

Os atendimentos dos profissionais especialistas citados anteriormente são realizados através de consultas agendadas, exceto os atendimentos clínicos, que são por demanda espontânea

Este fato é tema recorrente de discussões entre a coordenadora da unidade e a equipe de saúde, pois dificulta o acompanhamento de casos complexos/crônicos. Com este modo de atendimento os pacientes procuram atendimento apenas quando precisam, o que gera grande demanda, limitando o tempo das consultas, diminuindo a qualidade do atendimento e enfraquecendo o vínculo terapêutico. Também não são disponibilizados turnos para organização de grupos para promoção de saúde. É notável a falta de acesso à informação por parte da população, sendo necessárias mais ações voltadas à educação em saúde, assunto sempre posto em pauta durante as reuniões de equipe, esperando-se maior aceitação por parte da gestão.

A população atendida é bastante diversificada, levando em consideração que a unidade abrange grande território. Em um contexto geral, a população é composta por moradores da periferia, com baixa renda econômica e baixo nível de escolaridade, com predomínio de doenças crônicas, como Hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) II e hipotireoidismo; e psiquiátricas (depressão, ansiedade e esquizofrenia).

As moradias são variadas, de acordo com os bairros, sendo grande parte delas feitas de madeira, algumas com saneamento básico precário. Boa parte trabalha em fábricas de calçado, comércio e costura, podendo-se observar assim o predomínio de queixas osteomusculares nestes pacientes. Pode-se destacar também o uso crônico de benzodiazepínicos na comunidade, com grande resistência a sua retirada. Além disso, parte da população não é adepta a vacinação, acreditando que as mesmas são prejudiciais à saúde. Nota-se que a população é muito adepta da medicina alternativa, com uso de chás, loções e cremes de plantas cultivadas, muitas vezes orientados por “curandeiros” conhecidos. Tem pouca

aderência ao uso de medicamentos contínuos e mudanças de hábitos de vida, possuem alimentação hipersódica e rica em carboidratos, além de sedentarismo.

Não constam dados consistentes/oficiais do número total da população da comunidade. Segundo dados colhidos pelas agentes comunitárias de saúde, a área seria formada por 567 famílias e, deduzindo que cada família fosse formada por 4 pessoas, teríamos um total de 2.268 pessoas. Porém, esses dados não englobam 3 micro áreas descobertas (de um total de 6 micro áreas) e são variáveis. Para dados mais precisos, o município de Taquara totaliza 54.918 habitantes (SAÚDE.; DATASUS, 2020a). Desse total de habitantes, no que diz respeito à distribuição da população por faixa etária, podemos verificar que há predomínio da população entre 10 e 59 anos (SAÚDE.; DATASUS, 2020a). Quanto ao coeficiente de natalidade, obtém-se uma taxa de 12,5 por 1000 habitantes (SAÚDE.; DATASUS, 2020e) e no coeficiente de mortalidade, obtém-se uma taxa de 8,0 por 1000 habitantes (SAÚDE.; DATASUS, 2020b). Sobre a razão de mortalidade materna, obtém-se uma taxa de 145,5 por 100 mil habitantes e, se utilizado cálculo corrigido para o Brasil obtém-se uma taxa de 206,7 por 100 mil habitantes (SAÚDE.; DATASUS, 2020c)

Quanto ao coeficiente de mortalidade infantil do município de Taquara/RS, obtém-se uma taxa de 13,1 por 1000 habitantes (SAÚDE.; DATASUS, 2020d). Quanto à proporção de nascidos vivos com baixo peso, obtém-se o valor de 7,8% (SAÚDE.; DATASUS, 2020e). No coeficiente de mortalidade por doenças crônicas, obtém-se 4,69 óbitos por 1000 habitantes (SAÚDE.; DATASUS, 2020b). Percebe-se que traçar um perfil epidemiológico da comunidade de minha área de abrangência é um grande desafio.

Tendo em vista as informações aqui expostas, é possível observar que a ausência de grupos para promoção a saúde configura-se, dentro das problemáticas passíveis de intervenção, como a de maior importância, visto que, a unidade atende um grande número de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, muitos resistentes a mudanças de hábitos e adesão ao uso de medicamentos prescritos. Com isso, o planejamento e a execução de grupos de promoção da saúde possibilitaria a esses pacientes acesso à informação, incentivando a participação da comunidade dentro dos processos de prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Há interesse por parte da equipe, porém ainda encontram-se obstáculos organizacionais diários, tendo em vista que o planejamento e a execução das ações estão centrados nas decisões da coordenadora da unidade/gestão política, focado apenas em cuidados de condições agudas, com atendimento semelhante a uma unidade de pronto atendimento.

Ainda assim, esta intervenção se faz possível através do trabalho multiprofissional no enfrentamento de obstáculos, dando início primeiramente ao debate entre gestão e equipe, permitindo a formação de novas perspectivas no entendimento e práticas de saúde. Com isso, espera-se ser possível evidenciar a necessidade de disponibilidade de tempo dos profissionais, de espaço na unidade e do despertar de interesse da população na participação dos grupos, que deverão ser de caráter informativo e interativo, em linguagem de fácil

entendimento, motivando cada vez mais a participação da comunidade.

A execução dessas intervenções vai de encontro ao que se evidencia na literatura, onde a prática clínica centrada na dimensão biomédica, voltada apenas para a abordagem da doença, é pouco eficiente e que há necessidade de inovação no campo da atenção básica, sem restringir-se apenas a intervenções tradicionais, mantendo um olhar ampliado e de dimensão interativa (MENDONÇA; NUNES, 2015) . É imprescindível que a prática clínica tenha uma dimensão dialógica, interativa e cuidadora para que alcance efetividade na atenção aos usuários portadores de doenças crônicas (FAVORETO; CABRAL, 2009).

Diversos estudos destacam os benefícios de grupos onde há enfoque no diálogo e troca de experiências entre usuários, inovando a construção de conhecimento e obtendo diminuição dos índices de glicemia capilar, níveis pressóricos e demanda pelas consultas médicas (MENDONÇA; NUNES, 2015) . Sendo assim, espera-se que com a criação de um grupo de educação em saúde na UBS Santa Maria, tenha-se como ganho o aumento do conhecimento dos usuários a respeito do controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, incluindo-os como sujeito no processo clínico terapêutico, minimizando as complicações decorrentes dessas doenças através da promoção de saúde e prevenção de agravos.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Criar um grupo de promoção da saúde para pacientes com doenças crônicas com atividades informativas interativas, de linguagem acessível e motivadora para participação da comunidade.

2.2 Objetivos Específicos

Levantar a demanda de temas com enfoque preventivo para criação do grupo de intervenções educativas.

Criar intervenções que motivem a comunidade a participar do grupo.

Planejar e viabilizar questões de estrutura e gestão para a realização do grupo de intervenções educativas.

Avaliar a adesão da comunidade ao grupo.

Avaliar se o grupo de intervenções educativas está apresentando os resultados esperados na perspectiva da equipe da unidade e dos usuários.

3 Revisão da Literatura

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam a maior causa de óbitos mundiais, sendo responsáveis por elevado número de mortes prematuras e alto grau de limitação de atividades, gerando prejuízos tanto na qualidade de vida, quanto na condição econômica das famílias, comunidades e sociedade em geral, contribuindo com as desigualdades socioeconômicas (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 36 milhões de mortes globais (63%), tendo como seus principais representantes as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011). Países de baixa à média renda são os mais atingidos, com taxas de 80% de óbitos, sendo 29% pessoas abaixo dos 60 anos de idade, enquanto que, ao compararmos com países de alta renda, esta taxa de letalidade precoce cai pra 13% (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011). Acredita-se que as mortes por doenças crônicas não transmissíveis poderão atingir cerca de 73% dos óbitos mundiais em 2020 e, caso não gerenciadas corretamente, tais condições crônicas representarão a primeira causa de incapacidade global até 2020, ampliando os custos para os sistemas de saúde (SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis representam 72% das causas de óbitos e, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), mais de 45% da população adulta relata pelo menos uma doença crônica não transmissível (MALTA et al., 2019). O tabagismo, a alimentação não saudável, o sedentarismo e o consumo nocivo de álcool constituem os principais fatores de risco modificáveis para as doenças crônicas não transmissíveis, sendo comuns entre as quatro doenças crônicas de maior destaque (doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica) e intimamente ligados a epidemia de sobrepeso e obesidade (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011). No que tange as mortes atribuíveis, os fatores de risco mundialmente conhecidos são: pressão arterial elevada (13%), tabagismo (9%), glicose sanguínea elevada (6%), sedentarismo (6%), sobrepeso e obesidade (5%) (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011).

O Ministério da Saúde vem, nas últimas décadas, executando diversos projetos de enfrentamento as doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), importantes fatores para morbimortalidade cardiovascular (SAÚDE; PÚBLICAS, 2001). No ano 2000 foi implementado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, determinando diretrizes e metas para reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de reduzir os índices de morbimortalidade cardiovascular e melhorar a qualidade de vida da população utilizando estratégias como o cadastramento e vinculação de portadores de HAS e DM às unidades de saúde, a promoção de reuniões mensais educativas,

o incentivo à prática de atividades físicas, consultas médicas agendadas e distribuição de medicamentos (SAÚDE; PÚBLICAS, 2001) (SILVA et al., 2015). Esta estratégia deu origem, em 2002, ao Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), visando assim assegurar acompanhamento e tratamento dos portadores destas doenças (SILVA et al., 2015).

Levando em conta a gravidade do tema e seu impacto mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) promoveu, em 2011, a Reunião de Alto Nível sobre as Doenças Crônicas Não transmissíveis, com o objetivo de estabelecer compromissos globais de enfrentamento (MALTA et al., 2014). Por meio de uma declaração política, os países membros participantes comprometeram-se no combate ao crescimento das doenças crônicas não transmissíveis através de ações preventivas acerca de seus principais fatores de risco e na garantia de adequada atenção à saúde (MALTA et al., 2014). Em resposta a essa mobilização, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 foi lançado através do Ministério da Saúde (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011), definindo metas, compromissos, ações e investimentos que reforcem o país no enfrentamento dessas doenças, reduzindo 2% das taxas de mortalidade ao ano atribuídas as quatro principais causas de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica) (MALTA et al., 2019). Posteriormente, a 66^a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o Plano de Ação Global, com o objetivo de redução da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis em 25% entre 2015-2025 (MALTA et al., 2019). Como continuidade ao compromisso já firmado, em 2015 a Assembléia das Ações Unidas aprovou os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), nos quais um dos objetivos consiste em garantir uma vida saudável e promover o bem estar a todos, em todas as idades, com a inclusão de um indicador para "redução da probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis em 30% até 2030" (MALTA et al., 2019). É importante destacar que os objetivos do plano do Brasil são comuns com as metas globais no intuito da redução de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis através da redução de fatores de riscos como consumo de tabaco, consumo de álcool, alimentação inadequada e obesidade (MALTA et al., 2019).

Devido ao curso prolongado das doenças crônicas não transmissíveis, se faz necessária uma abordagem longitudinal, integral, com investimento no autocuidado e no vínculo (MALTA et al., 2019). A partir do momento em que se faz necessário o tratamento permanente para a doença crônica, é preciso que o paciente inicie hábitos e atitudes para o desenvolvimento da consciência para o autocuidado, sendo a adesão ao tratamento fundamental para o controle de sua condição e sucesso terapêutico (TADDEO et al., 2012). Torna-se então essencial o papel da equipe de saúde no emponderamento do paciente, sendo este considerado peça-chave na promoção de saúde desde a Carta de Ottawa, em 1986 (TADDEO et al., 2012). Nesse âmbito, define-se emponderamento como um processo

educativo na promoção de conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento, que desenvolve e auxilia o paciente na apropriação da responsabilidade sobre decisões em relação a sua saúde (TADDEO et al., 2012). O emponderamento desenvolve a consciência crítica do paciente no que se refere a suas condições de saúde, sendo, junto ao auto cuidado, as formas mais efetivas no enfrentamento às doenças crônicas (TADDEO et al., 2012). Ao serem emponderados, os pacientes tendem a interagir ativamente junto aos profissionais de saúde, buscando realizar ações para obtenção de resultados em saúde (TADDEO et al., 2012).

Dentro deste contexto, a implementação de ações educacionais em saúde constitui um dos principais modos de intervenção para promoção da saúde e para prevenir agravos, em conjunto com a comunidade (HORTA et al., 2009). O contato regular com prestadores de serviços da Atenção Primária à Saúde está intimamente ligado ao aumento do compromisso do paciente à adesão aos planos de mudança de fatores comportamentais (MEDINA et al., 2014). Porém, apesar de possível, a construção de estratégias de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é de difícil execução, pois justamente baseia-se nas mudanças de comportamento do indivíduo e sociedade (ARAÚJO; LEITE, 2020). Apesar das diversas evidências de que as ações dos grupos melhoram o cuidado aos pacientes, variadas problemáticas são enfrentadas para a execução dessas práticas, como elevada demanda populacional, precariedade em estrutura física e/ou em recursos humanos e atividades burocráticas em demasia (BEZERRA et al., 2015). Superar as problemáticas que impedem o desenvolvimento das ações em saúde é de vital importância, visto que a promoção da saúde é considerado um dos principais eixos guias do trabalho na Estratégia Saúde da Família (HORTA et al., 2009). Outras experiências em implementações de grupos educativos demonstraram resultados positivos, com boa adesão da comunidade (BEZERRA et al., 2015) e aumento da constância de comparecimento a consultas médicas, apesar de ainda permanecerem alguns faltosos (CÂMARA, 2016). Destaca-se também as ações dos Agentes Comunitários de Saúde no contato direto aos pacientes, com a comunicação da proximidade das consultas, reagendamento de faltosos e convocação de novos pacientes aos grupos (CÂMARA, 2016). Sendo assim, a educação em saúde não está ligada somente a transmissão do saber, mas também a uma opção alternativa para ações preventivas e para a Promoção da Saúde, constituindo uma prática positiva a ser integrada aos cuidados de saúde (HORTA et al., 2009).

É notável que, quando formulados em conjunto com as necessidades da população, os grupos de educação em saúde são capazes de promover a redução de demanda e melhora da auto-estima (HORTA et al., 2009). Deste modo, o presente trabalho tem como enfoque o empoderamento dos pacientes da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jenifer Schirmer, em Taquara – Rio Grande do Sul, implementando um grupo de educação em saúde, visando obter melhor adesão ao tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e prevenção de seus agravos, gerando assim impacto direto na melhora da qualidade de vida da população

e na redução das taxas de mortalidade atribuídas as doenças crônicas não transmissíveis. Com isso, a presente intervenção busca alinhar-se as metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, por meio da promoção de saúde e troca de saberes.

4 Metodologia

A presente proposta de intervenção tem por objetivo a criação de um grupo de promoção à saúde, tendo como público alvo os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. Tais pacientes formam a grande demanda de atendimentos da unidade, sendo resistentes ao uso de medicações e mudanças de hábitos de vida, com pouco acesso à informação em saúde.

Para o desenvolvimento da intervenção, primariamente se fez necessária a sensibilização da coordenação/gestão da unidade para a necessidade da implementação do grupo. Foi organizada reunião entre equipe de saúde e coordenação da unidade para apresentação da proposta de intervenção, informando e debatendo os benefícios que um grupo de promoção à saúde, com atividades informativas e interativas, poderia fornecer. Foram obtidos resultados positivos para a realização da proposta, porém ainda houve pontos de divergência em relação aos agendamentos de consultas.

Com isso, novas reuniões de equipe foram realizadas, nos períodos de julho a agosto de 2020, para organização dos principais pontos para a execução do grupo, sendo eles: definição do tema principal, localidade, dia, horário, temáticas iniciais, método de interação, materiais necessários, funções de cada integrante da equipe e métodos avaliativos.

Tendo em vista a grande demanda de pacientes hipertensos e/ou diabéticos descompensados atendidos diariamente, a equipe concluiu que o tema de maior relevância a ser proposto para a intervenção seria justamente HAS e DM II, aos moldes do HIPERDIA. Estes temas também englobariam os interesses da comunidade, visto que, durante os atendimentos, é possível perceber recorrência de dúvidas nestes pacientes a respeito de, entre outros fatores, alimentação correta e medicamentos em uso.

Quanto à localização, considerando que a UBS conta com estrutura ampla, não haveria problemas em realizar os grupos na sala de espera, onde geralmente já são realizados eventos em datas comemorativas. Em relação aos horários, concluiu-se que o grupo pode ser realizado semanalmente, nas quintas-feiras, à partir das 14:00 horas, pois este é um dia de maior tranquilidade de atendimentos.

Sobre as temáticas iniciais, diversos assuntos de importância foram levantados, sendo eles relacionados à alimentação, atividades físicas, auto cuidado, saúde bucal e saúde mental na HAS/DM II. São temas de interesse da população e poderiam ser abordados de forma multidisciplinar, pois poderíamos contar com a presença de nutricionista, dentista e psicóloga da unidade que, ao serem consultadas, apresentaram interesse participativo. Há também um morador da comunidade, educador físico, que também demonstrou interesse na participação do grupo.

Em relação ao método de interação do grupo, foi estabelecido que o grupo iniciaria por meio de palestra, com apresentação de slide e também poderá contar com dinâmicas

interativas e confecções próprias. Em exemplo, para temática de alimentação, é possível demonstrar a formação de placas de ateromas através de materiais simples como canos de policloreto de polivinila (PVC) e/ou rolo de papelão envoltos por massa de modelar; bem como demonstrar a quantidade de açúcar/sal presente em alimentos e bebidas comuns, como um pacote de bolacha ou refrigerante, pedindo para que os pacientes coloquem a quantidade de açúcar/sal que já estão em recipientes separados ao lado do alimento ou bebida que consideram equivalente. Para a temática das atividades físicas, podem ser demonstrados exercícios simples que podem ser reproduzidos em casa e incentivada a formação de um grupo de caminhadas entre os usuários. Para o auto cuidado, poderão ser confeccionadas caixas para armazenamento de medicamentos para melhor organização e facilitação de seu uso. Para a saúde mental poderá ser confeccionada uma caixa de emoções, onde cada usuário depositaria um pequeno papel descrevendo em uma palavra o que sentiu após seu diagnóstico (medo, tristeza, raiva, etc); ao final, os papéis serão lidos, despertando assim discussão sobre estes sentimentos e como lidar com eles diariamente. Para saúde bucal pode-se fazer uma dinâmica de mitos e verdades, onde cada participante sorteará em uma caixa, papéis com informações falsas e verdadeiras, devendo assim classificá-las. Após estas atividades, será aberta uma "mesa redonda", onde os pacientes poderão expor suas dúvidas e compartilhar experiências e saberes entre equipe e comunidade. Além disso, os pacientes também passarão por aferição de pressão arterial e glicemia capilar, verificação de peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) e agendamento de consultas. Ao final da palestra também serão distribuídos panfletos informativos sobre os temas abordados.

Quanto aos materiais necessários, conclui-se que nada fora do orçamento comum da UBS seria necessário, pois a mesma conta com disponibilidade de retroprojeter para os slides e materiais para cadastramento, agendamento, panfletos, entre outras necessidades.

Nas distribuições de funções entre equipe, acordaram-se algumas funções fixas, sendo elas: (1) Enfermagem - responsável pela aferição de pressão arterial e glicemia capilar, verificação de peso e altura, coordenação e participação das palestras e mesa redonda, orientações e agendamento de consultas; (2) Técnica de enfermagem - responsável no auxílio das funções da enfermagem; (3) Médica - responsável pelo atendimento, acompanhamento e orientações ao paciente, coordenação e participação das palestras e mesa redonda; (4) Agentes comunitárias de saúde - responsáveis pelo auxílio do agendamento de consultas, incentivo à participação da comunidade, captação de pacientes e distribuição dos panfletos informativos.

Nos métodos avaliativos é de fundamental importância considerar a adesão da população e os benefícios adquiridos com o grupo, tanto na perspectiva da equipe de saúde quanto da comunidade. Para avaliação da adesão da comunidade, haverá um formulário de presença, o qual será utilizado para classificação da adesão por meio de um parâmetro e juízo de valor inicial, considerando a participação de 0-5 pessoas como ruim, 5-10 pessoas

como regular, 10-15 pessoas como bom e acima de 15 pessoas como ótimo. Para avaliação dos benefícios adquiridos, na perspectiva da equipe, serão empregados dois critérios: o comparecimento às consultas agendadas nos grupos e a observação na prática clínica da equipe. De acordo com a observação na prática clínica, à equipe deverá discutir, durante suas reuniões, se notaram diminuição da frequência de casos de HAS/DM II descompensados, maior adesão à terapêutica e mudanças de hábitos de vida dos pacientes e se houve fortalecimento de vínculo da equipe com a comunidade. Em relação a perspectiva da comunidade, ao final dos grupos, será aplicado um pequeno questionário contando com as seguintes perguntas: (1) Você acredita que adquiriu maior conhecimento sobre suas doenças?; (2) Você considera o grupo importante para a comunidade?; (3) Você tem críticas ou sugestões para o grupo?. Tais respostas nortearão melhorias na abordagem e manutenção dos grupos.

5 Resultados Esperados

A ausência de grupos de educação em saúde na UBS Jenifer Schirmer contribui para a falta de acesso à informação da população, reforçando comportamentos resistentes às mudanças de hábitos de vida e adesão a terapêutica medicamentosa, enfraquecendo o vínculo com a equipe de saúde e aumentando o número de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis descompensadas.

Com a introdução de um grupo de educação em saúde com foco em pacientes hipertensos e diabéticos, almeja-se que ocorra adesão da comunidade à participação dos grupos, com aumento do nível de conhecimento da população a respeito de sua doença, promovendo emponderamento dos pacientes, aumentando a adesão aos hábitos de vida saudáveis e a terapêutica medicamentosa, comparecimento às consultas agendadas, diminuição da demanda de consultas médicas devido a doenças crônicas não transmissíveis descompensadas, aumento do vínculo entre população e equipe e a construção de um ambiente para trocas de experiência. Tais resultados foram relatados em estudos semelhantes anteriores, com destaque para melhor adesão e constância de comparecimento dos pacientes as consultas (CÂMARA, 2016) (BEZERRA et al., 2015) (MENDONÇA; NUNES, 2015). Outros projetos de intervenções populacionais ao redor do mundo, tendo como finalidade a promoção de mudanças comportamentais, também obtiveram bons resultados na redução do tabagismo, colesterol, pressão arterial, consumo de sal e obesidade, evidenciando a importância da reorganização da atenção primária, bem como a relevância das atribuições dos profissionais da atenção primária na promoção da saúde (SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

Os grupos de educação em saúde tornam-se então uma ação estratégica, permitindo que prática clínica assuma uma postura motivadora, comunicativa, participativa e protetora, fundamental para que atenção aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, em especial Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), seja bem sucedida (MENDONÇA; NUNES, 2015). O investimento na construção de um grupo de educação em saúde, que motive a participação da população, não apenas poderá ampliar a adesão terapêutica, mas também contribuir para a transformação do entendimento sobre o processo saúde-doença, por meio da troca, valorização e legitimação de conceitos e conhecimentos concebidos através das experiências pessoais e coletivas (FAVORETO; CABRAL, 2009). Espera-se então que, com a inserção de um grupo de educação em saúde, possa-se gerar impacto positivo para hipertensos e diabéticos, equipe e comunidade, com aumento do vínculo entre equipe e paciente, aumento da qualidade de vida e auto cuidado, redução das limitações em atividades laborais e de lazer, redução do número de mortes precoces e demanda de atendimentos por descompensação de doenças crônicas, bem como diminuição do impacto econômico oriundo de doenças crônicas não transmissíveis para o

sistema de saúde e sociedade em geral.

Sendo assim, com os resultados da presente intervenção, busca-se contribuir para a consolidação da Política Nacional de Promoção à Saúde e para as metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022.

Referências

- ARAÚJO, N. R. P. de; LEITE, L. L. *Intervenção educativa sobre os fatores de risco de doenças cardiovasculares em uma unidade básica de saúde, no município de Uruçuí, Piauí*. 2020. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/14796>>. Acesso em: 01 Jul. 2020. Citado na página 17.
- BEZERRA, G. C. et al. Implementação do grupo hiperdia em uma unidade de saúde da família: Um relato de experiência. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, v. 1, n. 1, p. 19–22, 2015. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 23.
- CÂMARA, F. T. O processo organizacional dos grupos de hiperdia e saúde mental em uma ub: Um modelo de intervenção. Serra, n. 20, 2016. Curso de Curso de Título de especialista em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS. Cap. 4. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 23.
- FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: Experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface - Comunicação, Saude, Educação*, v. 13, n. 28, p. 7–18, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 23.
- HORTA, N. de C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. *Revista de APS*, v. 12, n. 3, p. 293–301, 2009. Citado na página 17.
- MALTA, D. C.; NETO, O. L. de M.; JUNIOR, J. B. da S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 20, n. 4, p. 425–438, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 23, n. 4, p. 599–608, 2014. Citado na página 16.
- MALTA, D. C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, p. 1–13, 2019. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: O que fazem as equipes de saúde da família? *Saúde debate*, v. 38, p. 69–82, 2014. Citado na página 17.
- MENDONÇA, F. de F.; NUNES, E. de Fátima Polo de A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 13, n. 2, p. 397–409, 2015. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 23.
- SAÚDE., B. M. da; DATASUS, D. de Informática do S. *IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo (2012)*. 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popprs.def>>. Acesso em: 31 Mai. 2020. Citado na página 10.

SAÚDE., B. M. da; DATASUS, D. de Informática do S. *Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM*. 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10rs.def>>. Acesso em: 31 Mai. 2020. Citado na página 10.

SAÚDE., B. M. da; DATASUS, D. de Informática do S. *Sistema de Informações sobre Mortalidade/SIM - Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos*. 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10rs.def>>. Acesso em: 31 Mai. 2020. Citado na página 10.

SAÚDE., B. M. da; DATASUS, D. de Informática do S. *Sistema de Informações sobre Mortalidade/SIM - Óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos*. 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/evita10rs.def>>. Acesso em: 31 Mai. 2020. Citado na página 10.

SAÚDE., B. M. da; DATASUS, D. de Informática do S. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC*. 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvrs.def>>. Acesso em: 31 Mai. 2020. Citado na página 10.

SAÚDE, B. M. da; PÚBLICAS, S. de P. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 6, p. 585–588, 2001. Citado na página 15.

SILVA, J. V. M. da et al. Avaliação do programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus na visão dos usuários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 4, p. 626–632, 2015. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

SILVA, L. S. da; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. de O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: Revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 34, n. 5, p. 343–350, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 23.

TADDEO, P. da S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2923–2930, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.