

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

ROSEANNE APARECIDA LUANNA OLIVEIRA BARBOSA

OS DESAFIOS DA ADESÃO DOS USUÁRIOS PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS E/OU HIPERTENSÃO ARTERIAL AOS GRUPOS DE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE

ARAÇUAI - MINAS GERAIS

2013

ROSEANNE APARECIDA LUANNA OLIVEIRA BARBOSA

**OS DESAFIOS DA ADESÃO DOS USUÁRIOS PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS E/OU HIPERTENSÃO ARTERIAL AOS GRUPOS DE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Fernanda Magalhães Duarte
Rocha

ARAÇUAÍ - MINAS GERAIS

2013

ROSEANNE APARECIDA LUANNA OLIVEIRA BARBOSA

**OS DESAFIOS DA ADESÃO DOS USUÁRIOS PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS E/OU HIPERTENSÃO ARTERIAL AOS GRUPOS DE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Fernanda Magalhães Duarte
Rocha

Banca Examinadora

Fernanda Magalhães Duarte Rocha - Orientadora

Ayla Norma Ferreira Matos - Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte, em 07/12/2013

“Por isso é importante, como eu disse, compreender o processo, os caminhos de nosso próprio pensar. O autoconhecimento não pode ser conseguido através de ninguém, de nenhum livro, nenhuma confissão, psicologia, ou psicanalista. Ele tem que ser descoberto por você mesmo porque é sua vida; e sem a ampliação e o aprofundamento desse conhecimento do ego, faça o que fizer, altere quaisquer circunstâncias, influências externas ou internas – ele será sempre um solo gerador de desespero, dor, sofrimento. Para ir além das atividades fechadas da mente, você tem que entendê-las; e entendê-las é estar cômescio da ação na relação, relação com coisas, com pessoas, e com idéias. Nessa relação, que é o espelho, começamos a ver a nós mesmos, sem qualquer justificativa ou condenação; e desse mais amplo e mais profundo conhecimento dos caminhos de nossa própria mente, é possível prosseguir adiante; então é possível para a mente estar quieta para receber aquilo que é real.”

Autor: J. Krishnamurti

Agradecimentos

Agradeço primeiramente ao Meu grandioso Deus que me concedeu esta graça de poder estar concretizando mais uma etapa em minha vida. Tu és sempre a minha base, o meu refúgio e a minha fortaleza.

A Minha Mãe que está sempre presente, pela paciência, amor e apoio incondicional. Obrigada!

A Minha Vidinha Bernardo que chegou e esta indescritivelmente comigo, por me fazer sempre feliz, sonhar e acreditar que posso conseguir. Amor maior não há!

Ao Meu esposo Barbosa, companheiro e apoiador em todos os momentos.

A Orientadora Fernanda que dedicou parte do seu tempo para que este trabalho fosse concluído com êxito.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho fosse concluído.

Resumo

O processo educativo é importante para complementação do tratamento dos pacientes com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial para aumentar sua adesão, contribuindo no controle, promoção e prevenção das complicações dessas patologias, no esclarecimento de dúvidas e direcionamento do autocuidado. Este estudo objetivou identificar, na literatura, ações que promovam a adesão desses pacientes nas ações de educação em saúde em uma Unidade de Saúde da Família (USF). O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que hospeda bases de dados reconhecidas, dentre elas a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na base de dados do *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO), dentro do qual foram selecionados os artigos publicados nos últimos 12 anos que tinham concordância com o objetivo e tema escolhido. A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2012 à outubro de 2013 com os descritores: Diabetes Mellitus, Hipertensão, Educação em Saúde e Saúde da Família. Nesse contexto, este estudo contribuiu para construção do conhecimento sobre as estratégias utilizadas para realizar ações educativas em saúde ao portador de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial e aponta como um dos desafios para a equipe de saúde, a sensibilização das pessoas para a prevenção dessas patologias, o que deve ocorrer nos diferentes cenários de atenção à saúde e com diferentes faixas etárias, considerando a cultura e a individualidade nas ações. Educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais. Deste modo, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito da USF, tem um importante papel, expressando a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Hipertensão Arterial. Educação em Saúde. Saúde da Família.

Abstract

The educational process is important to complement the treatment of patients with Diabetes Mellitus and Hypertension to increase its membership, bringing in control, promotion and prevention of the complications of these diseases, to clarify doubts and direction of self-care. This study aimed to identify, in the literature, actions that promote the adherence of these patients in the actions of health education in a Family Health Unit (FHU). The literature review was conducted on the Virtual Health Library (VHL), which hosts databases recognized, among them the Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS) and database Libray Scientific Electronic Online (SciELO), within which were selected articles published in the last 12 years that they had agreed with the purpose and theme. Data collection was conducted from November 2012 to October 2013 using the keywords: Diabetes Mellitus, Hypertension, Health Education and Family Health. In this context, this study contributed to the knowledge on the strategies used to conduct educational activities on health bearer of Diabetes Mellitus and Hypertension and points as one of the challenges to the health care team, people's awareness for the prevention of these diseases, what should happen in different scenarios of health care and with different age groups, considering culture and individuality in action. Health education means going beyond the curative means giving priority to preventive and promotional interventions. Thus, the development of educational practices within the USF, has an important role, voicing assimilation by the principle of comprehensive family health teams.

Keywords: Diabetes Mellitus. Hypertension. Health Education. Saúde da Família.

Sumário

1 Introdução.....	9
1.2.Objetivo.....	10
2 Metodologia.....	11
3 Revisão da Literatura	12
3.1 Diabetes Mellitus	12
3.2 Hipertensão Arterial.....	13
3.3 Programa Saúde da Família(PSF).....	14
3.4 Educação em Saúde	15
3.5 Adesão aos grupos de Educação.....	18
4 Resultados e Discussão	21
5 Considerações Finais.....	25
Referências	27

1 Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia proposta pelo governo federal cujo objetivo é a reorganização dos serviços e a reorientação das práticas profissionais na atenção primária. Com base nesse novo modelo assistencial onde a promoção, prevenção e reabilitação são prioridades na saúde, os profissionais das equipes de saúde devem conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, conhecendo, inclusive, suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas com vistas à identificação dos problemas de saúde e os riscos aos quais estão expostos (BESEN, 2007).

Segundo Torres e Schall (2003), dentre as atividades de prevenção da atenção primária, destacam-se as ações programadas de educação em saúde, por meio de prevenção, promoção, rastreamento, acompanhamento e tratamento dos casos de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Esta medida é de suma importância para prevenção das complicações dessas patologias.

Os profissionais das equipes de saúde de acordo com Menezes e Gobbi (2010), são constantes educadores em saúde e será por suas práticas que seus pacientes, com seus respectivos familiares, poderão adquirir hábitos de vida saudáveis e possivelmente não evoluirão com complicações de sua doença de base. Atuar em conjunto com a família é somar resultados positivos para o próprio paciente, seus entes e os profissionais da saúde. É uma das responsabilidades da equipe zelar pela qualidade de vida das pessoas, e por isto esta deve propor métodos para a mudança de hábitos nocivos utilizando principalmente a educação em saúde.

O PSF, portanto é responsável pelo atendimento primário de saúde da população, desenvolvendo atividades educativas para promoção e prevenção das complicações dessas doenças. Enfim, justifica-se este trabalho em buscar a importância da adesão dos usuários portadores de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial aos grupos de educação em saúde.

1.2 Objetivo

Identificar, na literatura, a importância da adesão dos usuários portadores de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial aos grupos de educação em saúde.

2 Metodologia

Este trabalho consiste em uma pesquisa exploratória descritiva, por meio de uma revisão bibliográfica de artigos científicos referentes ações que promovam a adesão dos usuários portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial aos grupos de Educação em Saúde.

A pesquisa exploratória, segundo Gil (2009), busca maiores informações sobre determinado fenômeno, visando proporcionar uma maior familiaridade com este. Envolve levantamento bibliográfico e pode se chegar a uma nova percepção do fenômeno ou mesmo descobrir novas idéias.

Para a obtenção dos artigos, utilizou-se, dentre outros, o levantamento bibliográfico realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que hospeda bases de dados reconhecidas, dentre elas a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na base de dados do *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO), dentro do qual foram selecionados os artigos que tinham concordância com o objetivo e tema escolhido.

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2012 à outubro de 2013, foram selecionados os artigos publicados nos últimos 12 anos que tinham concordância com o objetivo e tema escolhido, e foi utilizado os seguintes descritores: Diabetes Mellitus, Hipertensão, Educação em Saúde e Saúde da Família.

3 Revisão da Literatura

3.1 Diabetes Mellitus

O diabetes é um importante e crescente problema de saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando no mundo todo, alcançando proporções epidêmicas, quer seja por questões sociais, econômicas, familiares e pessoais. O diabetes mellitus (DM) é um dos mais importantes problemas de saúde na atualidade, atingindo a população como um todo e podendo surgir em qualquer idade. Suas repercussões, no que se refere tanto às incapacitações e mortalidade prematura, quanto aos custos relacionados ao seu controle e ao tratamento de suas complicações, reafirmam cada vez mais a necessidade de investimento em programas de educação em saúde (BRASIL, 2001).

Segundo Smeltzer e Bare (2002) o diabetes mellitus refere a uma enfermidade metabólica, não transmissível e de etiologia multifatorial, caracterizada por hiperglicemia resultante de defeito na secreção de insulina ou ambos. É um distúrbio metabólico caracterizado pela deficiência relativa de produção de insulina e uma diminuição na ação desta. O início é geralmente insidioso, sendo a história familiar comum e também está associada a fatores de risco. Trata-se de uma enfermidade sem cura, porém pode ser oferecido tratamento com base em dieta nutricional, exercício físico, medicamentos hipoglicemiantes orais e insulina. Originalmente é denominado de diabetes não-insulino-dependente.

As manifestações clínicas mais freqüentes com o aumento da glicemia são: poliúria, nictúria, polidipsia, boca seca, polifagia, emagrecimento rápido, fadiga, fraqueza, tonturas, etc. Caso não haja o controle dos índices glicêmicos, além dos sintomas citados, o paciente pode evoluir para uma cetoacidose Diabética e Coma Hiperosmolar (BRASIL, 2001).

Acrescentam Smeltzer e Bare (2002) às manifestações em longo prazo, complicações tardias que podem atingir órgãos vitais, são a Retinopatia Diabética, problemas cardiovasculares, alterações circulatórias e problemas

neurológicos. Em relação à retinopatia diabética, esta pode ir desde uma turvação da visão até a presença de catarata, deslocamento da retina, hemorragia vítrea e a cegueira; os problemas cardiovasculares estão associados à obesidade, tabagismo, que pode precipitar o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca congestiva e as arritmias; as alterações circulatórias podem ocasionar uma lesão no membro inferior, acarretando um problema denominado “Pé Diabético”; e, em relação aos problemas neurológicos, responsáveis pelas neurites agudas ou crônicas, podem atingir as posições articulares.

3.2 Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial apresenta alta prevalência na população brasileira, influenciando na gênese de doenças cerebrovasculares, coronarianas, doença de retina, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doenças vasculares. O reconhecimento do aumento da prevalência da hipertensão arterial na população jovem e de suas possíveis complicações na vida adulta tem implicações importantes para a prevenção de doenças crônicas, em especial as cardiovasculares (ORSOLIN *et al.*, 2005).

Barroso *et al.*, (2008) colocam que a hipertensão arterial é uma das patologias de maior incidência na população adulta e principalmente nos idosos, e está associada ao aumento na morbidade-mortalidade por todas as causas e cardiovascular e os programas de exercício estão associados à prevenção do desenvolvimento de hipertensão e também à redução da PA, tanto em normotensos quanto em hipertensos.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2001), define a hipertensão arterial como uma doença de natureza multifatorial, freqüentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos, caracterizada pela elevação da pressão arterial, considerada como um dos principais fatores de risco cardíaco e cerebrovasculares, e complicações renais.

3.3 Programa Saúde da Família (PSF)

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2011, p.12),

atenção básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange também a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um novo modelo de atenção primária que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde. Visa ao trabalho na lógica da promoção da saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade na Atenção Básica (DA ROS, 2006).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2000), acrescenta que ele é uma estratégia do Ministério da Saúde que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua; cujo objetivo é a reorganização da prática assistencial em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente em hospitais.

Uma das principais funções da equipe saúde da família é atuar na promoção e prevenção da saúde dos pacientes em geral. Ela deve ser um agente facilitador para que os indivíduos, famílias e grupos desenvolvam competências para um agir consciente em questões de saúde. Alguns hábitos de vida devem ser modificados para se obter uma melhor qualidade de vida além de reduzir agravos à saúde da população. Deve-se dar uma atenção especial os fatores de risco cardiovasculares, os quais poderão perpetuar em

complicações renais, metabólicas, cerebrovasculares, entre outros (ROSA *et al.*, 2009).

De acordo com Costa (2007) a frequência de atividades de educação em saúde em unidades de saúde está reduzida, e os pacientes permanecem com carência de informações adicionais sobre o seu estado de saúde e sobre o que fazer para minimizar complicações. Neste contexto, aumenta-se o número de internações, muitas das quais poderiam ser prevenidas. Esforços devem ser reunidos no sentido de otimizar recursos e estratégias, com participação ativa desses usuários e manutenção da qualidade de vida, visando minimizar ou evitar esta problemática tão freqüente. O processo educativo deve ser realizado periodicamente nas reuniões de grupos, visitas domiciliares, consultas médicas e de enfermagem.

Uma estratégia bastante utilizada é a realização de orientações e esclarecimentos em grupos de saúde para estimular mudanças nos hábitos de vida, além de proporcionar o atendimento de um maior número de pacientes, promover a socialização, troca de experiências e apoio mútuo entre os participantes. Os profissionais das unidades de saúde também devem estar à disposição para esclarecer possíveis dúvidas e dar determinadas orientações a respeito do assunto discutido (COSTA, 2007).

Assim, é necessário muito empenho nestas ações, afinal uma mudança no estilo de vida de uma população é algo que se consegue em longo prazo, por ser difícil o acesso e a aceitação da população, em geral. É de extrema importância a atuação de uma equipe multiprofissional para a realização de programas educacionais, tendo em vista minimizar o desconhecimento da população a respeito das doenças crônicas, no caso, a diabetes e hipertensão, propiciando adesão ao tratamento e uma melhor qualidade de vida (ROSA *et al.*, 2009).

3.4 Educação em Saúde

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de

um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005).

Com o propósito de reduzir a morbi-mortalidade associada à Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial, o Ministério da Saúde implementou o Plano de Reorganização da Atenção à Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial no país (BRASIL, 2001). O Plano estabelece que todos os casos confirmados devem ser cadastrados e vinculados às unidades básicas de saúde e às equipes do Programa Saúde da Família (PSF) para acompanhamento continuado, clínico e laboratorial.

Torres e Schall (2003) lembram que, foi implantado o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, concomitante à implantação do “Hiperdia”, sistema informatizado nacional de cadastro e acompanhamento de portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial nas unidades básicas de saúde. Esse programa baseia-se no cadastro de casos de diabetes e hipertensão, o que possibilitaria ao gestor federal, estadual ou municipal, planejar as necessidades de atendimento desse público.

Segundo O Ministério da Saúde (Brasil, 2002), o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial (HA) são considerados um dos mais importantes problemas de saúde pública que necessitam de mudanças no estilo de vida para que ocorra tanto prevenção das possíveis complicações quanto promoção da saúde. Diante disso, é relevante a realização da atividade em grupo mediada pela equipe e por meio de ações educativas em saúde, em que esse profissional torna-se ouvinte das necessidades bio-psico-sociais do portador, sugerindo estratégias para a adesão ao autocuidado.

O cuidado integral ao portador de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, pode ser realizado por meio de prevenção de fatores de risco, como sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares não saudáveis e identificação, tratamento de indivíduos de alto risco para essa síndrome (prevenção primária), identificação de casos não diagnosticados para tratamento

(prevenção secundária), e intensificação de controle das complicações agudas e crônicas por meio de promoção e prevenção através de reuniões discutindo ações de educação em saúde (BRASIL, 2001).

De acordo com Alves (2005) a educação em saúde no âmbito do PSF figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adstrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos.

Para educar em HA e DM é necessário conhecimento sobre as várias situações que podem expor o portador. O papel do educador em HA e DM inclui avaliar o comportamento do portador pelo auto-controle (auto-monitoramento, auto-aplicação de insulina e cuidados com os pés) visando redução dos fatores de risco, ter flexibilidade nas ações quando for identificado obstáculos do portador ao tratamento (fator socioeconômico), estimular e co-responsabilizar o portador para o auto-cuidado, para que o mesmo se sinta responsável pelo seu tratamento (OLIVEIRA, 2000).

É necessário o incentivo da educação em saúde por meio de uma equipe multiprofissional para possibilitar o planejamento de programas de atenção à saúde voltada para pessoas diabéticas e hipertensas. A educação em saúde é uma das atividades de promoção da saúde e para acontecer é imprescindível a concatenação de três pilares: educação sanitária do usuário, atuação integralizada e interdisciplinar do profissional de saúde e a acessibilidade aos serviços de saúde. Os profissionais devem planejar estratégias para realizar ações educativas, objetivando a adesão dos usuários às condutas de promoção da saúde, e devem desenvolver um atendimento integral e interdisciplinar ao usuário, visando à satisfação de suas necessidades (VIEIRA *et al.*, 2008).

A ação educativa possui como foco o benefício da condição clínica no contato dos profissionais de saúde com os indivíduos portadores de doenças

crônicas. O objetivo maior deverá ser a educação, visto que ela beneficia o paciente, alivia seus medos e ansiedades no conhecimento e compreensão da doença, possibilita um enfrentamento positivo, e permite também agilizar o retorno às suas atividades sociais, além de maior efetividade do tratamento (FREITAS; SANTANA, 2002).

A prática educativa, nesta perspectiva, visa o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, do desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias, valorizando a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2003).

As atividades educativas, além de repassar normas e orientações de higiene e “boas condutas”, também representam oportunidades de diálogo entre trabalhadores e usuários, em que os aspectos coletivos podem ser enfatizados. As ações coletivas possibilitam a discussão, tanto sobre problemas que afetam a comunidade, como também possibilitam a construção coletiva de estratégias de intervenção (GOMES e MEHRY, 2011).

O desenvolvimento das atividades educativas deve considerar os saberes das pessoas envolvidas, bem como o contexto social e cultural em que vivem (NOVAIS *et al.*, 2009).

3.5 Adesão aos Grupos de Educação em Saúde

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (2002) o tratamento não-medicamentoso é essencial para o controle da HA e DM e consiste em medidas que visam mudanças no estilo de vida. É importante a capacitação desses pacientes para o autocuidado, pois estando consciente do valor do tratamento, utilizará corretamente a medicação, quando essa estiver incluída. A implementação das mudanças no estilo de vida desses pacientes é lenta e na maioria das vezes não é mantida.

Destaca-se aqui, a necessidade de que todos os profissionais que atendem o HA e o DM precisam conhecer o conteúdo e atividades desenvolvidas com estes clientes dentro do grupo educativo, a fim de resgatar as informações transmitidas durante o atendimento individual, reforçando ou completando orientações, como também de avaliar e propor melhorias no desenvolvimento da atividade de grupo. As estratégias desta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2003).

De acordo com Cotta *et al.*, (2009) conhecimentos, atitudes e praticas de indivíduos hipertensos e diabéticos, encontraram que nem sempre o conhecimento sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares implica mudanças comportamentais.

Evidencia científica aponta para uma maior adesão as medidas terapêuticas nos indivíduos de maior escolaridade. Além da associação a renda, também a escolaridade pode relacionar-se a adesão, já que o conhecimento sobre a doença e seu tratamento esta diretamente relacionado a independência e a cooperação do individuo ao tratamento, sendo a adesão maior nos individuos com maior conhecimento sobre a doença (ARAUJO; GARCIA, 2006)

Em um estudo sobre o processo de educação em saúde para os hipertensos e diabéticos, realizado em PSFs de três cidades baianas, revelou que nas consultas medicas a tendência dominante era de medicalização, sendo a ação educativa secundaria e superficial, sem apreensão de dimensões psicossociais e culturais do processo saúde-doença. A falta de adesão de alguns pacientes estudados foi discutida pelos autores como forma de resistência ou de exercício da autonomia frente a hegemonia medica (ALVES; NUNES, 2006).

Segundo Gusmão *et al.*, (2009) os grupos de indivíduos com HA e DIA, identificam alguns fatores que influenciam a adesão destes aos grupos de educação em saúde como características biossociais, idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais.

Quando ocorre uma abordagem em grupo, muitas vezes, deixa-se de considerar a particularidade que cada indivíduo possui em sua conjuntura cultural. A adesão adequada do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida influenciam o sucesso do controle das taxas de glicemia e pressão arterial (SILVA *et. al.*, 2006).

A avaliação dos resultados é a medida do impacto do programa em que ele está inserido e avaliação das mudanças de comportamento ocorridas na comunidade e no serviço de saúde. Sendo assim, para fazer a avaliação deste grupo, de seus resultados, devem ser analisadas as mudanças ocorridas na vida dos usuários e na adesão ao tratamento. É imprescindível o registro das informações dispensadas durante o encontro educativo, como a anotação no prontuário que é realizada pelos profissionais atuantes no grupo, para haver um reforço das orientações nas consultas ou até mesmo em nova reunião do grupo (VIEIRA *et al.* ,2008).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (2002) coloca que a equipe deve utilizar todos os recursos disponíveis para a orientação, educação e motivação do paciente para aumentar a adesão ao tratamento. Estes recursos vão desde o contato individual até o uso de fontes informativas como reuniões, palestras, folhetos, simpósios, peças de teatro, músicas, vídeos, entre outros. A estratégia de dinâmica de grupos favorece a relação profissional-indivíduo, facilita a discussão entre as pessoas com objetivos comuns, possibilita a troca de informações e o apoio mútuo.

4 Resultados e Discussão

Atualmente, pode-se observar que houve transformações quanto à incidência e à prevalência das doenças, bem como quanto às principais causas de morte. No Brasil, os altos índices de óbitos causados por doenças crônicas decorrem do estágio atual da transição demográfico/epidemiológica pela qual passa a população brasileira, resultando no envelhecimento populacional. Tais mudanças permitem que aspirem a uma vida mais longa, sem preocupação com limitações, incapacidades e dependências, próprias do envelhecimento através do conhecimento sobre suas patologias oferecidas através da adesão aos grupos de saúde (MARTINS, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2002), nos últimos anos, a Estratégia Saúde da Família, enquanto política pública nacional, tem se destacado como estratégia de reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, por meio da prevenção, promoção e a recuperação da saúde.

Esse sistema é uma importante ferramenta que possibilita o conhecimento quantitativo dos hipertensos e da magnitude da hipertensão em uma localidade, colaborando para direcionar as atividades educativas. Outra estratégia utilizada é a realização de orientações e esclarecimentos em grupos de hipertensos e diabéticos para estimular mudanças nos hábitos de vida, além de proporcionar o atendimento de um maior número de pacientes, promover a socialização, troca de experiências e apoio mútuo entre os participantes (COSTA, 2007).

Diante disso, o Ministério da Saúde tem promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde. Nesse contexto, insere-se o PSF, onde a atenção é centrada na família, a qual está sob responsabilidade da equipe multiprofissional. As famílias são cadastradas e acompanhadas com no mínimo uma visita mensal. A equipe de Saúde da Família desenvolve propostas educacionais que permitirão ao indivíduo a escolha de seu estilo de vida de modo racional e autônomo (SALESI; TAMAKI, 2007).

Segundo Carlos *et. al* (2008), para intervir nos fatores de risco é de suma importância que a equipe saiba como se relacionar com o paciente e com sua respectiva família, afinal somente estabelecendo vínculo de confiança é que será possível a aceitação de algumas mudanças em seus hábitos diários. A presença de uma doença crônica no ambiente familiar exige uma série de alterações na estrutura da família, pois passa a ter que adaptar a dinâmica familiar às necessidades e atividades relativas ao tratamento e apoio ao membro portador da doença. A equipe com sua função educadora nas reuniões com grupos, deve integrar as ações educativas tanto para o paciente como para sua família, afinal uma melhora na qualidade de vida é importante para toda a população e não apenas para os diabéticos e hipertensos.

A adesão a esses grupos e ao tratamento reflete, ao menos em parte, o modo como as pessoas compreendem e assumem o cuidado com sua saúde, determinada por sua percepção e susceptibilidade à doença e a gravidade do problema. Pode estar relacionada também com as características dos usuários, desde o seu comportamento em termos de tomar o medicamento, comparecer nas consultas médicas, realizar mudanças no estilo de vida. Nesse sentido, contém um forte componente relacional manifesto nos processos interativos entre pessoas que necessitam de cuidado e o serviço de saúde que deve prestá-lo (AIRES *et al.*, 2010).

A equipe deve fornecer informações sobre sua doença, incluindo todas suas possíveis complicações, alternativas de tratamento, seus riscos e benefícios, assegurando educação para o autocuidado, a fim de que o cliente torne-se responsável por sua própria vida. Sugere-se a utilização de estratégias lúdicas para o esclarecimento de termos científicos e assuntos de difícil compreensão; apoio físico e psicológico, por meio da expressão da preocupação e do interesse, demonstrados pelo olhar, pelo toque, e pelo escutar sensivelmente. Deve-se compreender a cultura das pessoas e não julgá-la, afinal o conhecimento de hábitos, padrões e comportamentos auxiliam na forma como se desenvolverá o processo educativo (ALVES; NUNES, 2006).

Segundo Assunção e Ursine (2008) em um estudo com 164 hipertensos e diabéticos que participavam de um grupo de hipertensos e diabéticos,

quando avaliado o nível de adesão ao tratamento não farmacológico, 52,4% dos entrevistados tinham adesão total ao tratamento, 38,4% aderiam parcialmente e 9,1% não aderiam. Neste mesmo estudo os autores relatam que os fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico foram motivação com o tratamento, se faz parte de algum grupo de hipertensos e diabéticos e as orientações recebidas pelos profissionais de saúde. Segundo os autores, a boa adesão foi estabelecida possivelmente pelo fato de os entrevistados participarem de grupos de educação em saúde.

As dificuldades encontrados pelos usuários na adesão é devido eles têm outros afazeres da casa, deslocamento, uns por serem mais longe, outros trabalham e tem dificuldades para vir pegar o medicamento, o horário é ruim, tem que cuidar do neto, o marido tá doente e não tem como deixar sozinho, sempre tem uma desculpa. Outra justificativa mencionada para a não adesão, segundo alguns entrevistados do estudo do autor citado anteriormente, envolve a entrega da medicação aos pacientes idosos em domicílio, assim que os idosos não precisam mais se deslocar e acabam não tendo contato com a unidade de saúde e profissionais, o que gera a sua diminuição na participação no grupo (ASSUNÇÃO, URSINE, 2008).

Evidencia-se que as praticas educativas, alem de fornecerem informações necessárias sobre HA e DIA, as mesmas devem estimular a autopercepção da doença e corresponsabilização do individuo com seu próprio cuidado, estimulando assim a autonomia. Nesse sentido, pode-se inferir que as oficinas educativas em grupo e as orientações domiciliares mostram-se importantes estratégias de educação em saúde, efetivas para aumentar adesão as orientações dietéticas voltadas as portadoras de HA e DIA (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Portanto os profissionais das unidades de saúde também devem estar à disposição para esclarecer possíveis dúvidas e dar determinadas orientações a respeito do assunto. Faz-se necessário muito empenho nestas ações, afinal uma mudança no estilo de vida de uma população é algo que se consegue em longo prazo, por ser difícil o acesso e a aceitação da população, em geral. É de extrema importância a atuação de uma equipe multiprofissional para a

realização de programas educacionais, tendo em vista minimizar o desconhecimento da população a respeito das doenças crônicas, no caso, a hipertensão, propiciando adesão ao tratamento e uma melhor qualidade de vida (CARLOS *et al.* , 2008).

5 Considerações Finais

O trabalho da equipe multiprofissional possibilita a integralidade do cuidado na saúde, pois as ações educativas são planejadas integralmente, considerando a socialização de saberes dos diferentes profissionais da área da saúde e a individualidade das pessoas, o que implica na responsabilização com as diretrizes do Sistema Único em Saúde(SUS).

As atividades em grupo possibilitam o diálogo, a reflexão, a troca de saberes e a co-responsabilização dos portadores de HA e DIA com a sua saúde, o que contribui para a melhoria das condições de vida. A participação da família é fundamental no tratamento, pois o familiar é quem conhece a singularidade do portador. Estabelecer e estimular o diálogo possibilita a reflexão, auxilia no desenvolvimento do pensamento crítico e amplia a busca conjunta por estratégias educativas para promover a qualidade de vida desses usuários.

Foi possível observar que em vários estudos procuram alternativas para que o usuário sinta-se envolvido com a equipe e que exista uma relação agradável entre eles. A busca de alternativas e ações diferenciadas é um processo contínuo para que o processo de educação em saúde seja participativo e inovador. Mencionam que utilizam-se da criatividade como uma perspectiva para que o processo seja atrativo e não cansativo, utilizando-se de dinâmicas e ações diferenciadas.

As dificuldades encontradas sobre a adesão aos grupos de saúde, estão relacionadas as características dos usuários, desde o seu comportamento em ter de tomar o medicamento, comparecer nas consultas médicas, nos grupos, realizar mudanças no estilo de vida e falta de informação.

Assim, há de se convir que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são dois agravos debilitantes, que se não tratados adequadamente, levam ao surgimento de diversas outras doenças incapacitantes e que os profissionais da saúde são fundamentais na assistência aos usuários e que, a conscientização destes acerca de sua importância na execução das normas e rotinas do programa HiperDia é essencial para o planejamento adequado da atenção.

Vale ressaltar que para iniciar o processo educativo é primordial observar, olhar e questionar a realidade concreta, planejando o que se deseja realizar. A equipe de saúde, enquanto educadora, precisa incentivar a realização de grupos de apoio aos portadores dessas patologias, incluir a família e estimular a responsabilização dos demais profissionais da área da saúde no planejamento de ações multiprofissionais.

Este estudo contribuiu para construção do conhecimento sobre as estratégias utilizadas para realizar ações educativas em saúde ao portador de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial e aponta como um dos desafios para a equipe de saúde a sensibilização das pessoas para a adesão aos grupo de saúde, prevenção dessas patologias, o que deve ocorrer nos diferentes cenários de atenção à saúde e com diferentes faixas etárias, considerando a cultura e a individualidade nas ações. As estratégias precisam ser adequadas e o conteúdo deve ser transferido de forma simples. Precisam ser capazes de motivar as pessoas a compreender a doença e a assumir, de forma ativa, seu papel no tratamento, desde os aspectos mais pessoais de crenças e estado psicossocial até as implicações sociais do processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

AIRES, C.C. N. F. *et al.*; Acompanhamento Farmacoterapêutico a Hipertensos e Diabéticos na Unidade de Saúde Tereza Barbosa: Análise de Caso. **R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo**, São Paulo (SP), 2010 n1. , p.26-31, set/dez. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/artigosPDF/RBFHSS_01_art05.pdf>. Acesso em: 15 de out. 2013.

ALVES, V. S. NUNES M. O. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface**, Botucatu. 2006; v.10 n.19.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100010&lng=en&nrm=isso>. Acesso em 15 set. 2013.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: rumo a atenção integral à saúde e reorientação do modelo. **Interface – Comunic Saúde Educ.** Salvador-Ba; 2005 v.9, n.16, p. 39-52.

ARAÚJO , G.B.S.; GARCIA , T.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev Eletrônica Enferm**, Goiania, 2006 v.8, n.2, p. 259-272.

ASSUNÇÃO, T.S.; URSINE P.G.S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de *diabetes mellitus* assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciênc. saúde coletiva**. v.13, suppl.2, p.2189-2197, 2008.

BESEN, C. B. A Estratégia Saúde da Família como objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**. v.16, n.1, p.57-68, Jan. 2007

BRASIL, **Política Nacional de Atenção Básica**, 2011. PORTARIA nº 2.488. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em 20 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes**. Brasília, DF, 2001.

BARROSO, *et al.*, Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não-farmacológico. **Revista Associação de Medicina Brasileira**, GOIÁS, p. 328-333, 2008.

CARLOS P. R. *et al.*, Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família. **Arq Ciênc Saúde**. 2008; v. 15 n. 4 p.176-81. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-4/IDB%20296 Acesso em 15 set. 2013

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. A educação em saúde na prática do PSF. **Manual de enfermagem**. 2003; Disponível em: <www.ids-saude.org.br/enfermagem Acesso em: 19 set. 2013.

COSTA J. M. B. S. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município de Recife. **Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães PE**. Recife; 2007. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007costajmbs>. Acesso em 13 set. 2013.

COTTA , R.M.M.; *et al.* Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2009 v.14, n.4, p.1251-60.

DA ROS, M.A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, M. (Org.). **Saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Nova Letra, 2006. p.44- 66.

FREITAS, M. C.; SANTANA, M. E. Implementação da estratégia ensino - aprendizagem à família de doente crônico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 55, n. 2, p. 146-150, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. In: Como delinear uma pesquisa bibliográfica, ano 2009.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), 2011v. 27, n.1, p. 7-18. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-34.pdf>. Acesso em: 15 out. 2013.

GUSMÃO, J. L. *et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens** 2009 v.16, n.1, p:38-43. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/11-adesao.pdf>. Acesso em: 15 out. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Censo demográfico de 2009**. Rio de Janeiro, 2010.

MARTINS, J. J *et al.*, Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm** 2007; v. 16, n.2, p.254-62.

MENEZES, A. G. M. P.; GOBBI, D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **Revista Mundo Saúde**, v. 34, n. 1, p. 97-102, 2010.

NOVAIS, E., *et al.* O saber da pessoa com doença crônica no auto-cuidado. **Rev. HCPA**. v.29, n.1, p.36-44, 2009.

OLIVEIRA O. Ação educativa de enfermagem no controle do diabetes. **Acta Paul Enferm**, n.1, p: 133-5, 2000.

ORSOLIN C, *et al.*, Cuidando do ser humano hipertenso e protegendo sua função renal. **Rev Bras Enferm**. 2005; v.58, n.3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 de out. 2013.

PEDROSA, I. I. **É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social**. , 2003. Entrevista cedida a Radis. Disponível em: <www.gices-sc.org>. Acesso em: 17 jun. 2013.

ROSA, M. L. G. *et al.*, Pré-hipertensão arterial e pressão de pulso aumentada em adolescentes: prevalência e fatores associados. **Arq Bras Cardiol**. 2009, v.87 n.1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001400007&lng=en&nrm=isso. Acesso em 04 set. 2013

SALESI, C. M, TAMAKI E. M, Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. **Cogitare Enferm**. 2007, v. 12, n.2, p.157-63. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007costa-jmbs> Acesso em 16 Set. 2013.

SILVA, T. R. S.; *et al.* Controle de Diabetes mellituse hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Rev Saude Soc**. São Paulo 2006 v.15, n.3.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E DIABETES. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes

Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Hipertens.** v. 9, n.4, p.359-408, 2002.

SMELTZER, S. C, BARE, Brunner & Suddarth: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TORRES HC, HORTALE VA, SCHALL VA. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos e hipertensos. **Cad Saúde Pública.** v. 19, n. 4, p. 1039-47, 2003.

VIEIRA L. J. E. S. , SANTOS S.M.S.A, LANDIM F.L.P, CAETANO J.Á. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. **Ciência Saúde Coletiva.** v. 13, n. 1, p. 145-52, 2008