

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ÁUREA RODRIGUES DA SILVA

**GRUPOS EDUCATIVOS COMO ESTRATÉGIA PARA ESTIMULAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO ENTRE PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DO
COMPLEXO HOSPITALAR CLEMENTINO FRAGA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ÁUREA RODRIGUES DA SILVA

**GRUPOS EDUCATIVOS COMO ESTRATÉGIA PARA ESTIMULAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO ENTRE PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DO
COMPLEXO HOSPITALAR CLEMENTINO FRAGA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Professor Orientador:

M.Sc. Cláudio Claudino da Silva Filho

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado “**GRUPOS EDUCATIVOS COMO ESTRATÉGIA PARA ESTIMULAR A ADESÃO AO TRATAMENTO ENTRE PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DO COMPLEXO HOSPITALAR CLEMENTINO FRAGA** de autoria da aluna **ÁUREA RODRIGUES DA SILVA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Prof. M.Sc. Cláudio Claudino da Silva Filho
Orientador da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

A Deus, autor da vida e dono de todos os nossos passos, pois sem Ele nada somos e nada podemos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força para seguir em todos os momentos que pensei em desistir;

À Dra. Ana Paiva pelo apoio à participação nesse curso de especialização e por ter garantido apoio institucional;

Aos colegas que divulgaram a realização desse curso e assim me possibilitaram à inscrição e participação;

À minha tutora, Soraya, c pelas valiosas contribuições ao longo do curso de especialização;

Ao professor Cláudio, pela paciência e persistência na construção desse TCC e por não ter desistido de mim;

Aos meus filhos, pelo apoio nos momentos mais difíceis;

A todos que contribuíram direta e indiretamente para a construção desse trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

DM – Diabetes mellitus

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

PA – Pressão arterial

AVE – Acidente vascular encefálico

DIC – Doença isquêmica do coração

CHCF – Complexo Hospitalar Clementino Fraga

CAME – Centro de Atendimento médico especializado

HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley

HIV/AIDS – Vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida

SES/PB – Secretaria Estadual de Saúde/Paraíba

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Desenho esquemático do processo de construção e realização da intervenção por meio de grupo educativo com pacientes hipertensos e diabéticos. João pessoa, 2014.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	
3 MÉTODO.....	12
4 RESULTADOS	14
4.1 Procedimentos da intervenção.....	14
4.2 Recursos necessários.....	16
4.3 Cronograma de execução.....	18
4.4 Orçamento e financiamento.....	19
4.5 Viabilidade da proposta.....	20
4.6 Resultados Pretendidos.....	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICE A- Folder Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: o que é indispensável saber?.....	24

RESUMO

A Hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus* são agravos que representam importante problema de saúde pública e que exigem grandes investimentos dos cofres públicos no seu tratamento dada a elevada prevalência observada no Brasil. As estratégias de controle em ambos os casos envolvem uma associação entre a terapia medicamentosa e não medicamentosa. A instituição da terapia não medicamentosa exige a mudança de estilo de vida, mediante a adoção de práticas pro-ativas. Sabe-se, por outro lado, que realizar mudanças no estilo não é tarefa fácil. Isso porque exige mudança do comportamento habitual adquirido ao longo da vida, disciplina e paciência para obter os resultados. Sendo assim, o presente projeto de intervenção objetiva estimular a adesão ao tratamento da HAS e do DM entre os pacientes do CHCF que são portadores dessas patologias por meio da participação em grupos educativos. Além disso, pretende-se, como objetivos específicos, ampliar os saberes dos participantes sobre as doenças, seus fatores de risco e conseqüências do descontrole dos níveis pressóricos e glicêmicos, estimular à adoção de práticas alimentares saudáveis, incentivar a realização de atividade física regular e incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis (considerando, claro, as perspectivas de alta do paciente). Trata-se de uma proposta de intervenção, por meio da participação em grupos educativos. Caracteriza-se como uma Tecnologia de Cuidado ou de Educação. A intervenção consistirá na criação de um grupo de hipertensos e diabéticos, onde serão discutidos vários temas relacionados à doença, com enfoque na importância da adesão ao tratamento. Espera-se alcançar os seguintes resultados: Obter adesão de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados nos encontros mensais (já que o foco são pacientes internados); Aprimorar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos e diabéticos sobre os fatores de risco relacionados à HAS e ao DM e as estratégias que podem ser utilizadas para controlá-los em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados; Incentivar a prática regular de atividade física entre 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados (considerando as perspectivas de alta e as condições clínicas dos pacientes sobretudo no caso daqueles que vivem com HIV/AIDS); Estimular o controle do peso como estratégia para o controle da HAS e do DM entre 100% dos participantes do grupo; Estimular o abandono do fumo entre 75% dos hipertensos e diabéticos cadastrados; Melhorar a adesão à terapêutica não medicamentosa entre 85% dos hipertensos cadastrados, considerando o período após a alta hospitalar.

Descritores: Hipertensão. Diabetes. Enfermagem. Educação em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como doenças crônicas não transmissíveis as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus (DM). Trata-se de um grupo de doenças com fatores de risco comuns e para as quais, portanto, pode-se aplicar uma abordagem comum para a sua prevenção (OMS, 2005).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) conceitua a HAS como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados, comumente relacionada às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo, quais sejam, coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e às alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2006).

Já o termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999 apud BRASIL, 2013).

Esses agravos representam dois dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, contribuindo decisivamente para o incremento da morbimortalidade por essas causas em nível nacional (BRASIL, 2001; MOLITCH et al., 2003).

No que se refere à epidemiologia do DM, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que no Brasil a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população (BRASIL, 2013).

Quanto a HAS, em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da pressão arterial (PA), sendo 54% causadas por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração (DIC). A maioria dessas mortes ocorreu em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos de idade (SBC, 2010). No Brasil, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de

morte, como mostram os 308.466 óbitos em 2007 por doenças do aparelho circulatório (WILLIAM, 2010; MALTA; MOURA; SOUZA, 2010).

Sabe-se que a terapêutica nos dois casos assenta-se tanto no uso regular de medicamentos quanto na mudança do estilo de vida, notadamente no que se refere aos hábitos alimentares, a prática regular de atividade física e combate ao sobrepeso e obesidade, pois como afirmam Moreira, Santos, Caetano (2009) o tratamento não significa apenas utilizar adequadamente o medicamento prescrito, implica seguir as demais condutas terapêuticas indicadas quanto aos hábitos alimentares, controle do peso e prática regular de atividade física, ao estilo de vida e o abandono de tabagismo e etilismo.

Sabe-se, por outro lado, que realizar mudanças no estilo não é tarefa fácil. Isso porque exige mudança do comportamento habitual adquirido ao longo da vida, disciplina e paciência para obter os resultados (GRAVINA, GRESPLAN, BORGES, 2007).

Nesse sentido, uma das estratégias que pode ser utilizada para melhorar a adesão à terapêutica não medicamentosa é o desenvolvimento de grupos educativos, haja vista que estes se constituem em espaços de interação e discussão coletiva entre equipe e comunidade (ALBUQUERQUE, STORTZ, 2004; CARNEIRO et al, 2013).

Diante de tais considerações e avaliando as minhas experiências profissionais levantou-se o seguinte questionamento: que estratégias podem ser adotadas para melhorar a adesão ao tratamento para hipertensão e diabetes entre pacientes já acometidos por outras patologias que os exigem tanto no que se refere ao número de drogas que têm que usar? Como melhorar o nível de compreensão desses pacientes sobre a condição que apresenta?

Objetiva-se com esse projeto de intervenção estimular a adesão ao tratamento da HAS e do DM entre os pacientes do CHCF que são portadores dessas patologias por meio da participação em grupos educativos. Além disso, pretende-se, como objetivos específicos, ampliar os saberes dos participantes sobre as doenças, seus fatores de risco e conseqüências do descontrole dos níveis pressóricos e glicêmicos, estimular à adoção de práticas alimentares saudáveis, incentivar a realização de atividade física regular e incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis (considerando, claro, as perspectivas de alta do paciente).

3 MÉTODO

Trata-se de uma proposta de intervenção a ser realizado no Hospital Clementino Fraga com usuários hipertensos, por meio da intervenção em grupos educativos. Dessa forma, o presente estudo caracteriza-se como uma Tecnologia de Cuidado ou de Educação.

Segundo Vasconcelos (2007) apud Borba et al (2013) os projetos de intervenção são um conjunto de ações que objetivam a transformação de algo que está funcionando à descontento, apresentando inviabilidade ou puramente necessita ser melhorado. Isso abrange a organização e administração dos serviços de saúde, o processo de trabalho dos profissionais envolvidos, a assistência propriamente dita e as ações de educação em saúde. Para o autor supracitado este tipo de metodologia permite, ainda, investigar os efeitos de uma intervenção em um determinado público. Para isso, é necessário o conhecimento da realidade na qual o projeto será executado e de metodologia de pesquisa (VASCONCELOS, 2007).

No que se refere ao cenário da intervenção esclarece-se que a Rede de atenção às doenças infecciosas em João Pessoa tem a sua porta de entrada na Atenção Básica. Atualmente o município dispõe de 180 Unidades Básicas de Saúde, as quais estão distribuídas em 5 Distritos sanitários de Saúde. Esses ficam responsáveis pela realização de ações de promoção e prevenção de doenças, além de assumir o compromisso do diagnóstico e tratamento precoce. Funcionam como referência e contra-referência para a Atenção básica o Centro de atendimento médico especializado de Jaguaribe (CAME), o Complexo Hospitalar Clementino Fraga e o Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Estes serviços estão organizados de modo que o CAME encontra-se no segundo nível de atenção e o CHCF juntamente com o HULW respondem pelo terceiro nível de atenção, de modo que esses serviços, juntos possuem capacidade e resolutividade para fazer frente as situações de doenças infecciosas no Estado e na Capital.

O cenário da intervenção será o Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF), hospital público estadual que funciona na Rua Ester Borges, s/n, em Jaguaribe, João Pessoa, PB.

Trata-se de um hospital estadual especializado na assistência às doenças infecto-contagiosas, mas principalmente aos pacientes que vivem com HIV/AIDS, diagnosticados com tuberculose e hanseníase.

O CHCF oferece atendimento tanto ambulatorial quanto hospitalar e dispõem de apoio diagnóstico tanto laboratorial quanto de imagem. O Hospital divide-se em três clínicas, sendo uma de pneumologia, com duas alas uma masculina (38 leitos) e outra feminina (22 leitos), e duas de infectologia, dentre estas uma destinada exclusivamente às pessoas que vivem com HIV e AIDS, havendo também nesse caso uma ala masculina (30 leitos) e outra feminina (16 leitos). A segunda clínica de infectologia destina-se a assistência de pacientes acometidas por outras patologias a exemplo de dengue e hepatites virais e possui 16 leitos.

Quanto aos sujeitos da intervenção, acrescenta-se que atualmente, o CHCF conta com 142 leitos distribuídos entre três clínicas (uma de pneumologia e duas de infectologia), UTI, Pronto atendimento e Hospital-dia. Em consulta realizada no dia 12 de maio de 2014 verificou-se que havia 103 pacientes internados e dentre os quais 17 eram comprovadamente hipertensos ou diabéticos (9 hipertensos e 8 diabéticos). Esses números representam uma prevalência de HAS e DM na instituição de aproximadamente 17%.

A intervenção, por meio de grupos, será realizada junto aos pacientes do CHCF já diagnosticados como portadores de HAS e DM. Esses pacientes serão recrutados a partir de uma seleção que será realizada nos prontuários médicos e prescrições dos mesmos.

Para a realização desse projeto de intervenção serão adotadas posturas éticas e humanas, respeitando em todas as suas fases os direitos dos pacientes enquanto sujeitos da intervenção. Muito embora não se trate de projeto de pesquisa envolvendo seres humanos, situação que obrigaria a apreciação dessa proposta por um comitê de ética em pesquisa habilitado, conforme regulamentado pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os profissionais envolvidos na sua construção mantiveram em todos os momentos de sua criação preocupações éticas e morais no sentido de respeitar o ser humano. Não será necessário a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por não se tratar de projeto de pesquisa, como dito anteriormente. Além disso, a intervenção não implica a utilização de dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre situações assistências, trata-se, apenas, da aplicação de uma tecnologia do Cuidado ou educacional.

4 RESULTADOS

4.1 Procedimentos da intervenção

A intervenção consistirá na criação de um grupo de hipertensos e diabéticos, a partir da identificação entre os pacientes hospitalizados no CHCF daqueles que são portadores de HAS e DM. Para a concretização da intervenção serão realizados os seguintes passos (FIGURA 1):

- PASSO 1: Identificar, entre os pacientes internados, aqueles sabidamente portadores de HAS e DM por meio de pesquisa nos prontuários médicos e prescrições;
- PASSO 2: Cadastrar os pacientes portadores de HAS e DM;
- PASSO 3: Estabelecer calendário de reuniões para os encontros do grupo de hipertensos e diabéticos, com padrão quinzenal, durante o ano de 2014;
- PASSO 4: Criação de folder educativo a ser utilizado com pacientes hipertensos e diabéticos e também diagnosticados com tuberculose, hanseníase e os pacientes vivendo com HIV e AIDS;
- PASSO 5: Convidar os pacientes cadastrados para as reuniões do grupo de hipertensos e diabéticos. Os encontros ocorrerão mensalmente, sempre às 10:00 horas com duração média de 40 minutos, na sala de atividades grupais do hospital;
- PASSO 6: Promover o grupo de hipertensos e diabéticos, com início previsto para agosto de 2014.

Nestes grupos serão discutidos vários temas relacionados à HAS e ao DM, com enfoque na importância da adesão à terapia não medicamentosa como estratégia para o controle da HAS e às estratégias para a prevenção de complicações do DM. Os grupos de hipertensos serão liderados pelas enfermeiras do hospital. Outros profissionais poderão contribuir com o grupo, a exemplo dos psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e médicos, todos servidores do CHCF. Ressalte-se que para a realização dos encontros serão considerados, no que se refere aos pacientes em tratamento para tuberculose o resultado da sua baciloscopia de escarro, só sendo inseridos nas atividades grupais aqueles com resultado

negativo. Tal medida visa proteger os pacientes que vivem com HIV/AIDS de possíveis infecções pelo bacilo da tuberculose.

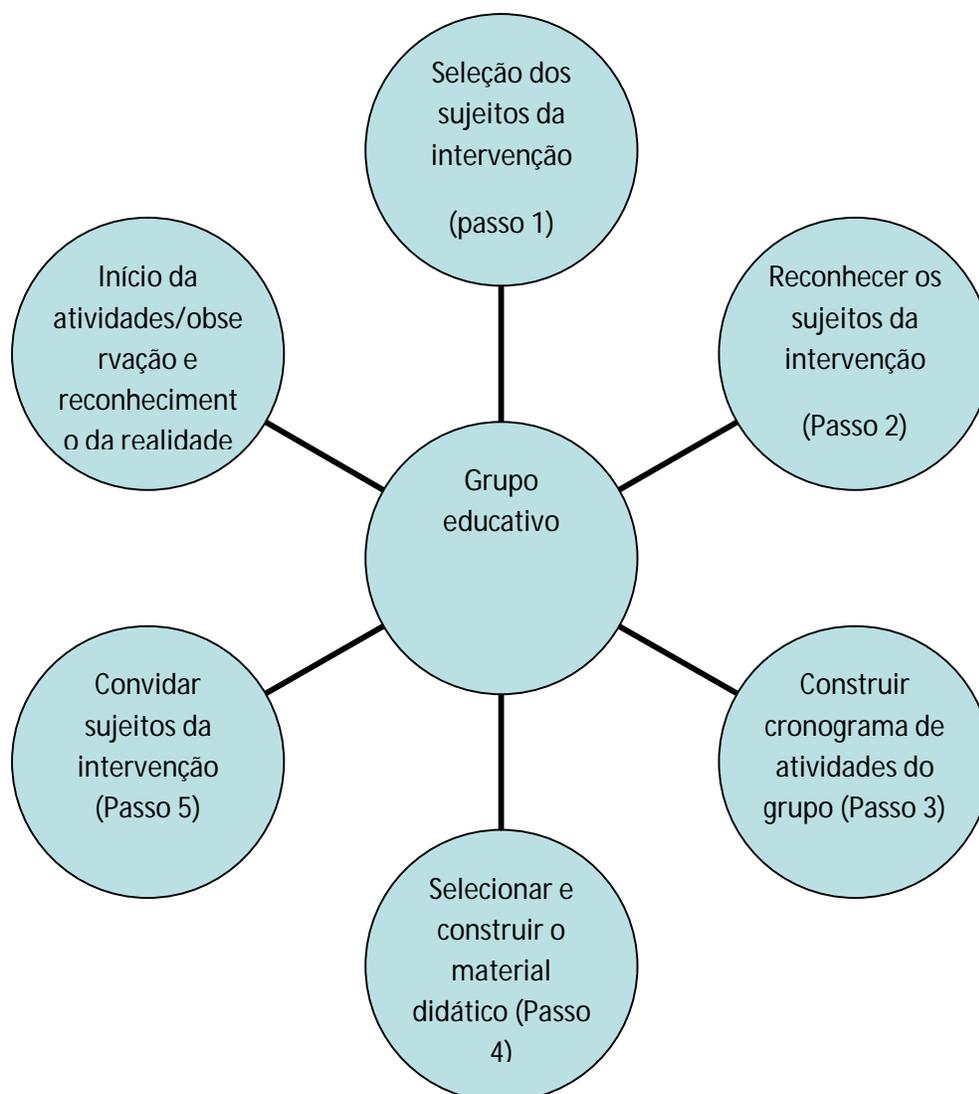


FIGURA 1: Desenho esquemático do processo de construção e realização da intervenção por meio de grupo educativo com pacientes hipertensos e diabéticos. João pessoa, 2014.

Como um marco inaugural das ações grupais será realizado uma roda de conversa pela médica cardiologista do quadro de servidores do Hospital. Os grupos serão realizados de junho a dezembro de 2014 e será avaliada a eficácia da intervenção em dois momentos (avaliação parcial em setembro e avaliação final em dezembro). Estas avaliações acontecerão serão mediante a elaboração de relatórios contendo dados relativos à participação nos grupos, mudanças de hábitos

de vida notáveis e mencionados pelos próprios pacientes, bem como melhora nos padrões clínicos dos pacientes participantes do grupo.

Entre os temas que serão abordados nos grupos temos:

- Fatores de risco para o desenvolvimento da HAS: conhecendo e diferenciando os fatores de risco modificáveis dos não modificáveis (Afinal o que pode ser feito?);
- Importância da atividade física para o controle dos níveis pressóricos;
- Relação do sobrepeso com a HAS, considerando o contexto da HAS e as restrições alimentares que o agravo exige (Afinal, o que devemos comer?);
- Relação do etilismo x tabagismo com a HAS;
- Cuidando da alimentação dos pacientes diabéticos: o que é permitido ingerir?
- Prevenindo complicações do DM: o que é indispensável saber?

As reuniões acontecerão em uma frequência quinzenal e cada um dos temas descritos poderá ser abordado mais de uma vez e de formas diferentes considerando a necessidade e o perfil do grupo.

4.2 Recursos necessários

Para a consecução da intervenção proposta será realizada uma ação multiprofissional com a participação de alguns dos profissionais integrantes do CHCF, dentre os quais 2 enfermeiras, 1 psicóloga, 1 assistentes sociais, 1 nutricionista, 1 terapeuta ocupacional, 1 medico cardiologista (além de outros de outras especialidades, se for necessário).

A ação grupal com enfoque multiprofissional prevista nessa proposta de intervenção apoiará suas ações pedagógicas em metodologias ativas do processo de ensino-aprendizagem, pois, parte-se do pressuposto que o paciente será “o protagonista do seu processo de construção de conhecimentos, porque a ele é dado o direito de decidir sobre seu corpo e sobre sua vida” e deste modo ele passa a ser “corresponsável pela sua trajetória de tal forma que o alcance dos objetivos educacionais traçados está condicionado à sua ativa participação” (PRADO, 2014, P. 31).

Assumir-se-á aqui os pressupostos de Paulo Freire para a educação de adultos segundo o qual “a educação não pode ser uma prática de depósito de conteúdo apoiada numa concepção de homens como seres vazios, mas de problematização dos homens em suas relações com o mundo” (FREIRE, 1975 apud CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004)

Assim, dentro desse contexto aplicar-se-á a proposta metodológica da aprendizagem baseada em evidências. Trata-se de uma estratégia metodológica que se propõem a desvendar a realidade para transformá-la. Espera-se com essa metodologia uma mudança de mentalidade dos sujeitos envolvidos na intervenção, pois como afirmam Cyrino e Toralles-Pereira (2004) exige de todos os sujeitos envolvidos no processo educativo a reavaliação de seu papel, re-significando, coletivamente o processo de ensino-aprendizagem.

Tal metodologia, que não se resume apenas em uma metodologia de ensino, mas também de trabalho e de estudo, se apóia no método do arco de Charles Maguerez, a partir do qual Bordenave e Pereira (1996) propuseram uma representação esquemática que contém cinco etapas, quais sejam: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação à realidade (BERBEL, 1998).

Parte-se, segundo a metodologia proposta nessa intervenção da perspectiva que a aprendizagem que envolve a auto-iniciativa, alcançando as dimensões afetivas e intelectuais torna-se mais duradoura e sólida (MITRE ET AL, 2008). Pois como afirma Prado (2013, p. 34)

A educação problematizadora parte da idéia de que a aprendizagem só é significativa, quando parte da realidade concreta de vida das pessoas, permitindo-lhes propor e encontrar respostas adequadas e pertinentes aos seus problemas concretos e contextualizados. Isso implica na participação ativa e no diálogo permanente entre os usuários e o enfermeiro-educador.

Para a realização dos grupos serão utilizados recursos audiovisuais e visuais. Os recursos visuais, tais como folders, cartilhas, banners serão os mesmos utilizados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES/PB) por ocasião da divulgação das campanhas nacionais de HAS . Além desses, será confeccionado um folder específico (apêndice A) abordando a relação entre a HAS o DM e a situação de doença que motivou o internamento do paciente.

Os recursos materiais incluem os itens descritos abaixo:

concretização da intervenção	Passo 2										
	Passo 3										
	Passo 4										
	Passo 5										
	Passo 6										
Avaliação	Elaboração de relatório parcial										
	Elaboração de relatório final										

4.4 Orçamento e financiamento

Os materiais que serão necessários à execução do projeto de intervenção proposto estão descritos abaixo. Esclarece-se que todos os materiais abaixo relacionados serão fornecidos pelo CHCF e aqueles que não estiverem disponíveis no almoxarifado do hospital serão custados pela enfermeira responsável pelo grupo. As cartilhas educativas serão fornecidas gratuitamente pela SES/PB e outras que se façam necessárias serão produzidas e confeccionadas pelo próprio CHCF.

Item	Descrição	Quantidade	Valor unitário	Valor total
------	-----------	------------	----------------	-------------

Papel A4	Resma	01	14,00	14,00
Canetas piloto	Caixas com 12 unidades	05	12,00	60,00
Cartolina comum	Unidade	50	0,50	25,00
Data show	Unidade	01	*	*
Computador portátil	Unidade	01	*	*
Canetas esferográficas	Caixas com 30 unidades	02	15,00	30,00
Cartucho de tinta preto	Unidade	04	25,00	100,00
Cartuchos de tinta colorido	Unidade	04	25,00	100,00
Impressora	Unidade	01	*	*
Cartilhas educativas	Unidade	150	**	**
Folder explicativo HASxDM e relação com o tratamento específico das doenças infecto-contagiosas	Unidade	50	-	-
Total Geral				329,00

*Patrimônio do CHCF

**Serão fornecidas pela SES/PB

4.5 Viabilidade da proposta

Trata-se de um projeto de intervenção construído com base na realidade e nas necessidades de saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos do CHCF e considerando os recursos materiais e humanos atualmente existentes no serviço. O projeto apresenta baixo custo e

é de fácil execução. Foi pensado sob a atual lógica de trabalho do hospital que valoriza as ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças realizadas com os pacientes internos e também externos, sendo, portanto, totalmente viável a sua realização no período de tempo proposto, podendo ser prorrogado de acordo com os resultados obtidos.

4. 6 Resultados pretendidos

Com a realização das ações propostas nesse projeto de intervenção (grupos de hipertensos) espera-se alcançar os seguintes resultados:

- Obter adesão de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados nos encontros mensais (já que o foco são pacientes internados);
- Aprimorar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos e diabéticos sobre os fatores de risco relacionados à HAS e ao DM e as estratégias que podem ser utilizadas para controlá-los em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados;
- Incentivar a prática regular de atividade física entre 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados (considerando as perspectivas de alta e as condições clínicas do pacientes sobretudo no caso daqueles que vivem com HIV/AIDS);
- Estimular o controle do peso como estratégia para o controle da HAS e do DM entre 100% dos participantes do grupo;
- Estimular o abandono do fumo entre 75% dos hipertensos e diabéticos cadastrados;
- Melhorar a adesão à terapêutica não medicamentosa entre 85% dos hipertensos cadastrados, considerando o período após a alta hospitalar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção ora proposta emergiu da observação da realidade de muitos dos pacientes hospitalizados no estabelecimento de assistência á saúde no qual estou inserida. A percepção de que muitos deles apresentavam uma patologia de base, muitas vezes anterior ao quadro clínico infeccioso que motivava a internação, que era “esquecida” e abordada apenas sob o ponto de vista medicamentoso e que esse quadro, contraditoriamente, muitas vezes se agravava durante a internação aliada ao entendimento de que “nós” podíamos fazer mais pelo paciente na medida em que poderíamos propor uma estratégia de intervenção que considerasse o paciente na sua integralidade com abordagem multiprofissional motivou a realização da ação. No entanto, tal entendimento pode ser consolidado a partir das discussões realizadas ao longo do curso de especialização em linhas do cuidado em enfermagem – doenças crônicas não transmissíveis. As leituras e reflexões suscitadas ao longo do curso possibilitaram a construção de uma intervenção capaz de fazer frente ao problema identificado e amparada em propostas pedagógicas ativas, criativas e pro-ativas, portanto, espera-se que ao final dessa proposta de intervenção os objetivos construídos sejam integralmente atingidos.

Cumpre-me salientar, por outro lado, que algumas dificuldades se apresentaram ao longo da trajetória de construção dessa proposta. Entre as maiores dificuldades esteve a resistência de alguns profissionais em comporem a equipe de trabalho que estará à frente da proposta. Como se trata de uma intervenção que se originou de uma obrigação curricular, alguns entenderam que “tal obrigação não os atingia. Mas, com o apoio da coordenação e direção do Hospital foi possível sensibilizar alguns profissionais que compreenderam a contribuição que essa intervenção poderá oferecer aos serviço, mas principalmente, aos pacientes da casa.

Facilitou a construção da proposta o fato de a direção e coordenação do hospital estarem sensíveis à realização de mudanças no processo de trabalho em saúde, de modo que acolheram de imediato a intervenção ora proposta. Contribuiu, ainda, como facilitador da intervenção, o fato de o hospital dispor de infra-estrutura física adequada (após a última ampliação o hospital ganhou uma sala destinada exclusivamente à realização de trabalhos grupais) e dos recursos matérias necessários a concretização da intervenção.

Não se espera, por outro lado, esgotar com essa intervenção o problema identificado. Sabe-se que a mudança no estilo de vida e adoção de novas práticas de saúde são ações que

demandam tempo e exigem muito dos sujeitos. Além disso, dificulta a concretização do processo o fato de os sujeitos da intervenção estarem em situação de internamento, e, portanto, distanciados das suas realidades sociais, afetivas, econômicas e culturais.

Finalmente, a expectativa é que os resultados pretendidos sejam integralmente alcançados e que a semente seja plantada. Que essa prática possa se traduzir em novos saberes e contribua não apenas para a mudança dos pacientes, mas também dos profissionais envolvidos na ação e assim, outras intervenções possam ser propostas, construídas a partir dessa experiência.

REFERÊNCIAS

- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface – Comunic, Saúde, Educ** 2, fev. 1998.
- BORBA, A. K. de O. T. et al. **Projetos de Intervenção em Saúde: estruturação**. Recife: [s.n.], 2013. 63 p.
- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 27 ed. Petrópolis: Vozes, 1996
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo**/Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8).
- CYRINO E. G; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(3):780-788, mai-jun, 2004.
- MITRE, S. M. ET AL. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup 2):2133-2144, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Preventing Chronic Diseases a vital investments**. Geneva, 2005. 182 p.
- PRADO, M. L. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Processo educativo em saúde**/Marta Lenise Prado; Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann; Kenya Schmidt Reibnitz – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.47 p.

APÊNDICE A - FOLDER

**Complexo Hospital de Doenças
Infecto-contagiosas
Grupo de apoio aos pacientes
hipertensos e diabéticos**

Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus: o que é indispensável saber?



Vamos prevenir a Hipertensão? Você sabia?

- Que quando você mantém o peso no padrão adequado os seus níveis pressóricos tendem a melhorar;
- Que uma alimentação saudável, rica em frutas, verduras legumes e cereais são a chave para a manutenção do peso, para evitar complicações vasculares e lhe ajudar a manter a pressão arterial normal;
- Que o sal é um dos grandes vilões da pressão arterial alta, portanto, você deve evitar ingerir grandes quantidades dele;
- Que a prática regular de atividades físicas é um importante aliado no controle da pressão alta;
- Que o álcool e o fumo contribuem para elevar a sua pressão e por isso devem ser evitados;
- Que você só poder abandonar a medicação com o conhecimento e indicação do seu médico.

E sobre o Diabetes *mellitus*, o que é indispensável saber?

- Que o diabetes é uma doença que se manifesta pela elevação da taxa de açúcar no sangue;
- Inicia em qualquer idade e pode afetar os rins, olhos, coração e circulação;
- Que existem alguns fatores que podem favorecer o desenvolvimento da doença tais como: histórico familiar, sedentarismo, obesidade, pressão alta e uso de medicamentos como os corticoides;
- Que as pessoas diabéticas podem controlar/tratar a doença modificando hábitos de vida e usando os medicamentos prescritos pelo médico;
- Por isso todas as recomendações feitas ao lado também se aplicam ao paciente com diabetes!