

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**SUELEN TRINDADE CORREA**

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO PROGRAMA HIPERDIA – UM RELATO DE  
EXPERIÊNCIA**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**SUELEN TRINDADE CORREA**

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO PROGRAMA HIPERDIA – UM RELATO DE  
EXPERIÊNCIA**

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

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Msc. Livia Drago**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO PROGRAMA HIPERDIA – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA** de autoria do aluno **SUELEN TRINDADE CORREA** 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.

---

**Profa. Msc. Livia Drago**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## AGRADECIMENTOS

*A Deus que ilumina meus passos e me dá forças para a luta do dia-a-dia.*

*Aos meus pais e aos meus irmãos por todo amor e carinho, além de serem meus incentivadores à busca de conhecimento.*

*A minha amiga e enfermeira Bruna Melo Amador, pelas noites de estudo e troca de experiências durante a especialização e na produção do TCC.*

*A orientadora Livia Drago por seus ensinamentos e dedicação à construção do TCC.*

*Aos meus adoráveis agentes comunitários de saúde da ESF Treme pelo total apoio e pela contribuição na realização do grupo de educação popular em saúde do programa HIPERDIA.*

*A querida comunidade Vila do Treme que me acolheu tão bem e me ensinou a importância do saber popular.*

*Mulheres e homens, somos os únicos seres que, social e historicamente, nos tornamos capazes de apreender. Por isso, somos os únicos em que aprender é uma aventura criadora, algo, por isso mesmo, muito mais rico do que meramente repetir a lição dada. Aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito.*

PAULO FREIRE.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>4</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>12</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>16</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS .....</b>	<b>24</b>

## RESUMO

A educação popular em saúde contribui em novas práticas de saúde, onde focaliza não apenas as doenças, mas principalmente, o conhecimento popular, social e cultural de cada pessoa, incentivando o diálogo, vínculo, empoderamento e autonomia do indivíduo. O objetivo geral desse trabalho foi descrever a experiência de formar um grupo de educação popular em saúde a fim de estimular a adesão dos usuários ao HIPERDIA. O presente trabalho é fruto do projeto de intervenção, desenvolvido a partir de atividades no curso de especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem, para formação do grupo de educação popular em saúde do programa HIPERDIA como tecnologia de educação. A primeira etapa, já implementada, foi uma oficina com todos os Agentes Comunitários de Saúde da unidade, onde houve debates sobre educação tradicional e libertadora, educação popular em saúde e papel da equipe multiprofissional no HIPERDIA, promovendo diálogo, reflexões e sensibilização desses profissionais sobre a importância da educação popular na sua prática profissional. A oficina dará alicerce à segunda etapa do projeto de intervenção, ainda em processo de implementação. Sugerimos que o projeto de intervenção criado e implantado na Estratégia Saúde da Família Treme, seja divulgado pela secretaria municipal de saúde às outras unidades de saúde, a fim de promover a educação popular em saúde e esperamos que este trabalho pudesse servir como exemplo de tecnologia de educação para estimular a adesão dos usuários de outras unidades ao programa HIPERDIA.

Palavras Chaves: Educação em Saúde, Educação de Pós-Graduação, Enfermagem.

## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são as principais doenças crônicas que causam morbi-mortalidade no mundo. Segundo o protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (2011), a HAS e o DM, são consideradas atualmente no cenário mundial, como sérios problemas na saúde pública devido suas complicações crônicas, números de internações e mortalidade.

No Brasil, segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2009, cerca de 24,4% dos brasileiros são pessoas com hipertensão, enquanto 5,8% são pessoas com diabetes (BRASIL, 2011). No Estado do Pará, a prevalência é 18,8% para HAS, sendo que de DM é de 3,9% da população paraense (SESPA, 2012). No município de Bragança-Pará, as informações do DATASUS (2014), indicam 2.851 pessoas com hipertensão, 979 pessoas com diabetes e 1030 pessoas com as duas doenças associadas.

E para que tenhamos controle frente a essas doenças e seus agravos, instrumentos foram criados para nortear a assistência dentro do Sistema Único de Saúde (SUS): o HIPERDIA, cabendo à Atenção Básica dentre outras coisas, mas especificamente à Estratégia Saúde da Família (ESF), que é a porta de entrada do SUS, desenvolver ações de promoção, prevenção, tratamento/acompanhamento da pessoa com hipertensão e diabetes, além de recuperação dos seus agravos.

Visando um acompanhamento constante e devido ao aumento dos agravos, foi criado em 2002, um Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM, denominado HIPERDIA. Este programa objetiva atacar a fundo estes agravos, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção à saúde, das unidades da rede básica, dos serviços de saúde (FERREIRA et al, 2012, p 10 ).

Porém, mesmo com o programa HIPERDIA, muitas vezes essas doenças por se apresentarem em certos momentos assintomáticos, o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento pelos pacientes são negligenciados, ocasionando a baixa adesão às orientações dos profissionais de saúde e ao tratamento prescrito. (FERREIRA et al; 2012).

Essa baixa adesão é frequente na ESF a qual trabalhamos, ESF Treme, sendo um dos problemas que temos enfrentando do programa Hiperdia. O motivo relatado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e por alguns usuários do programa é que não precisam ir à unidade



de saúde, por acreditarem que a função do programa é apenas entregar a medicação prescrita para a hipertensão e diabetes, então pedem para que um familiar ou até mesmo o ACS pegue sua medicação na unidade de saúde. Muitos preferem comparecer apenas às consultas médicas, negando-se a realizar consulta de enfermagem e/ou odontológica, porque querem a prescrição medicamentosa. Outro motivo para o não comparecimento ao programa seria a falta de medicação em certos momentos na ESF Treme. Portanto, não se veem obrigados a irem às consultas já que não terão a medicação.

Durante a consulta, tentamos orientá-los sobre o programa, mas não temos muito resultados positivos, pois quando comparecem, sempre estão com pressa e não prestam muito a atenção nas nossas informações e orientações. Observamos que a maioria dos usuários desconhecem as doenças e a real importância do programa Hiperdia. A baixa adesão também demonstra que não há integração/vínculo entre usuário-profissional de saúde.

Partindo do pressuposto, propomos como projeto de intervenção, a formação de um grupo de educação em saúde, fundamentada nos princípios da educação popular sistematizada por Paulo Freire, como estratégia para o aumento à adesão ao programa Hiperdia da ESF Treme. O grupo possibilitará a reorganização no serviço e mudanças na visão da equipe multiprofissional da ESF Treme e seus usuários frente às doenças, pois até o momento, não há atividades com grupos de educação em saúde como parte das ações que devem ser desenvolvidas pela unidade, onde o foco principal da ESF Treme é a consulta individual. O grupo de educação em saúde com base na educação popular contribui em novas práticas de ensinar e aprender, onde focaliza não apenas as doenças em questão, mas principalmente, o conhecimento popular, social e cultural que cada pessoa traz consigo, incentivando o diálogo, a criação de vínculo e o empoderamento do indivíduo, provocando assim a transformação e o aumento da qualidade de vida de todos os envolvidos no processo (BUDÓ e SAUPE, 2004).

Desse modo, apresenta-se como pergunta de pesquisa desse estudo: Como foi a experiência de formar um grupo de educação popular em saúde a fim de estimular a adesão dos usuários do Centro de Saúde Treme ao programa Hiperdia?

Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivos:

- **Geral:** Descrever a experiência de formar um grupo de educação popular em saúde a fim de estimular a adesão dos usuários da ESF Treme ao programa Hiperdia.

- **Específicos:**

1. Sensibilizar os Agentes Comunitários em Saúde quanto à importância de formar um grupo de educação popular em saúde a fim de estimular a adesão dos usuários da ESF Treme ao programa Hiperdia.
2. Promover à equipe multiprofissional e aos usuários do programa Hiperdia o conhecimento da educação popular em saúde como instrumento transformador da realidade local;
3. Reforçar a integração do usuário/profissional na construção do cuidado;
4. Incentivar o cuidador/familiar a ser um aliado na adesão ao programa Hiperdia.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1. O programa HIPERDIA

Segundo ALMEIDA et al (2013), a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, estão entre as quatro doenças crônicas de maior destaque pela Organização Mundial de Saúde, em que a mortalidade pelo DM cresceu 31% de 2000 a 2009 no Brasil, enquanto as mortes por HAS, teve um aumento de 66%.

As Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2011, p 24).

Para a reorganização da assistência à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes, o Ministério da Saúde, em 2002, elaborou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (FERREIRA et al, 2012). No Plano, damos destaque ao Programa HIPERDIA, que foi instituído pela Portaria nº 371/GM, em 04 de março de 2002.

O HIPERDIA é um sistema de cadastramento e acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes diagnosticados na rede SUS, gerando informações aos gestores das esferas municipais, estaduais e para o Ministério da Saúde (DATASUS, 2014).

O programa, segundo DATASUS (2014), tem como objetivo:

- Possibilitar a Gestão do Cuidado com a vinculação do portador à unidade básica ou equipe de saúde através do cadastro e atendimento desses portadores de DM e HA;
- Monitorar de forma contínua a qualidade clínica e o controle desses agravos e seus fatores de risco na população assistida;
- Fornecer informações gerenciais que permitam subsidiar os gestores públicos para tomada de decisão para a adoção de estratégias de intervenção gerais ou pontuais, como estimar acesso aos serviços de saúde, planejar demanda para refinanciamentos, estimativa de uso de materiais, necessidade de recursos humanos e capacitações;
- Fornecer informações que subsidiem a gerência e gestão da Assistência Farmacêutica;
- Instrumentalizar a Vigilância à Saúde, fornecendo informações que permitem conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, seus fatores de risco e suas complicações na população;

□ Possibilitar o Controle Social através de informações que permitem analisar acesso, cobertura e qualidade da atenção.

A partir do momento em que os usuários são atendidos e diagnosticados com tais doenças crônicas, eles são cadastrados no HIPERDIA, onde passarão a ser acompanhados por uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, odontólogo, ACS, técnico de enfermagem, nutricionista, educador físico, etc.) cadastrada em Unidade Básica de Saúde (UBS), na Estratégia Saúde da Família onde estão vinculados e/ou pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Para o cadastro dos usuários no HIPERDIA, utilizamos duas fichas que contêm informações sobre a identificação do usuário, documentos gerais, documentos obrigatórios, endereço, dados clínicos do paciente e do tratamento. A 1ª via da ficha de cadastro deve ser anexada no prontuário do usuário e a 2ª via deve ser entregue à secretária municipal de saúde (ANEXO A).

Para o acompanhamento do programa, utilizamos uma ficha que contém as informações sobre a identificação do paciente, data de nascimento, se tem hipertensão e/ou diabetes, dados do peso, altura, cintura, P.A., glicemia, intercorrências desde a última consulta, tratamento e exames (ANEXO B).

Na ESF Treme utilizamos também as fichas B-HA e B-DIA (ANEXO C) que são as fichas de acompanhamento dos ACS durante as suas visitas domiciliares as pessoas hipertensas e diabéticas das suas microáreas.

As fichas de cadastro e acompanhamento do programa HIPERDIA citadas, foram elaboradas e fornecidas pelo Ministério da Saúde com a criação do programa Hiperdia. As fichas B-HA e B-DIA foram elaboradas também pelo Ministério da Saúde e fazem parte do Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB, que é um outro programa da Atenção Básica no SUS.

Outra forma de acompanhamento utilizado pela equipe multiprofissional é o livro de registro (livro ata) do HIPERDIA, que contém informações do prontuário do usuário, idade, peso, altura, vacinação, ACS responsável pelo usuário, consulta realizada no mês (APÊNDICE A). Esse livro serviu como fonte para identificarmos a baixa adesão ao programa na ESF Treme, onde observamos o não comparecimento às consultas realizadas no mês.

O programa HIPERDIA é peça fundamental na assistência as pessoas com hipertensão e diabetes, pois através do cadastro e acompanhamento dos usuários podemos controlar níveis da

glicemia e da pressão arterial, além de evitar as complicações dessas doenças ou identificar mais precocemente essas complicações.

Em sua pesquisa, FERREIRA et al (2012) descreveu que 92,3% dos usuários do programa relataram que o HIPERDIA contribuiu na adesão ao tratamento da HAS e DM e 89,23% dos entrevistados relataram melhora da qualidade de vida após o cadastro e acompanhamento no programa.

## **2.2. Assistência ao usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica e com Diabetes *Mellitus* na Atenção Básica**

Com a criação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus e o programa HIPERDIA, a Atenção Básica passa a ser reconhecida como o principal meio de intervenção das pessoas com hipertensão e diabetes, pois ela é a porta de entrada dessa clientela dentro do SUS, desenvolvendo ações contínuas, cuidados que ultrapassam a queixa do paciente, favorecendo assistência integral, universal e com equidade, criando um vínculo entre o profissional, o usuário e a família, levando a realidade das pessoas com hipertensão e diabetes no processo saúde-doença (ASSIS et al, 2012).

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2012, p. 9).

E para a assistência nas doenças crônicas como a HAS e DM e/ou outros agravos de saúde, a Saúde da Família é a estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da Atenção Básica no Brasil. (BRASIL, 2012).

A Estratégia Saúde da Família é composta por equipe multiprofissional, tendo um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde, devendo atuar de forma integrada e universal, no atendimento as pessoas com hipertensão e diabetes, avaliando risco cardiovascular, além de desenvolver ações preventivas primárias e de promoção à saúde na hipertensão arterial e diabetes melitus (BRASIL, 2006).

Segundo o protocolo da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto (2011), são atribuições da equipe multiprofissional da ESF:

A) Agente comunitário de saúde

1. Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.
2. Encaminhar para rastrear a hipertensão arterial os indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos uma vez por ano, mesmo naqueles sem queixas.
3. Identificar, na população geral, pessoas com fatores de risco para diabetes, ou seja, idade igual ou superior a 40 anos, obesidade, hipertensão, mulheres que tiveram filhos com mais de 4 quilos ao nascer e pessoas que têm pais, irmãos e/ou outros parentes diretos com diabetes.
4. Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados com suspeitas de serem portadores de hipertensão.
5. Encaminhar à unidade de saúde, à consulta de enfermagem e para avaliação glicêmica, as pessoas identificadas como portadores de fatores de risco para diabetes.
6. Verificar o comparecimento dos pacientes diabéticos e hipertensos às consultas agendadas na unidade.
7. Verificar a presença de sintomas de elevação ou queda de açúcar no sangue, e encaminhar para consulta extra.
8. Perguntar, sempre, ao paciente hipertenso e/ou diabético, se está tomando com regularidade os medicamentos e cumprindo as orientações da dieta, atividade física, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas.
9. Registrar na sua ficha de acompanhamento o diagnóstico de hipertensão e diabetes de cada membro da família com idade superior a 20 anos.
10. Encaminhar e auxiliar no cadastro HIPERDIA, os pacientes hipertensos e/ou diabéticos ainda não cadastrados.

B) Auxiliar de enfermagem

1. Verificar os níveis de pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal e glicemia em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde.
2. Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas a alimentação e a prática de atividade física rotineira.

3. Orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovasculares, em especial aqueles ligados à hipertensão e diabetes.
4. Agendar e reagendar consultas médicas e de enfermagem para os casos indicados.
5. Registrar anotações em ficha clínica.
6. Cuidar dos equipamentos (esfigmomanômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessário.
7. Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência.
8. Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo orientações do enfermeiro da unidade, no caso da impossibilidade do farmacêutico.
9. Fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico.
10. Acolher o paciente diabético e/ou hipertenso que procura a unidade sem agendamento prévio.

#### C) Enfermeiro

1. Capacitar e delegar atividades aos auxiliares, técnicos de enfermagem e agentes comunitários. Supervisionar de forma permanente suas atividades de atendimento ao cliente hipertenso e/ou diabético.
2. Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando ao médico quando necessário.
3. Realizar e capacitar as equipes para o uso do procedimento de medida da pressão arterial recomendado pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010 (veja [www.sbh.org.br](http://www.sbh.org.br)).
4. Desenvolver atividades educativas de promoção da saúde, com todas as pessoas da comunidade. Desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com pacientes hipertensos e/ou diabéticos.
5. Estabelecer junto com a equipe estratégias que possam favorecer a adesão (ex: grupos de hipertensos e/ou diabéticos).
6. Verificar durante a consulta de enfermagem, se foram realizados exames mínimos estabelecidos no protocolo e necessários na consulta médica.
7. Orientar a manutenção da medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências.

8. Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não aderentes, não controlados, portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, vasos) ou com comorbidades.
9. Encaminhar para consultas médicas trimestrais, os indivíduos diabéticos bem controlados, hipertensos que mesmo apresentando controle da pressão arterial, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, vasos) ou com co-morbidades.
10. Encaminhar para consultas médicas semestrais, os indivíduos hipertensos controlados e sem lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades.
11. Realizar na consulta de enfermagem o exame dos membros inferiores para identificação do pé de risco. Avaliar, planejar, implementar e acompanhar com cuidados especiais, pacientes com os pés acometidos e com os pés em risco.
12. Realizar glicemia capilar dos pacientes diabéticos a cada consulta e nos hipertensos não diabéticos uma vez por ano.
11. Acolher o paciente diabético e/ou hipertenso que procura a unidade sem agendamento prévio.

#### D) Médico

1. Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação de fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e co-morbidades, visando a estratificação do portador de hipertensão e/ou diabetes.
2. Solicitar exames complementares mínimos estabelecidos nos consensos e quando necessário.
3. Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso.
4. Prescrever tratamento não medicamentoso e medicamentoso.
5. Programar com a equipe estratégias para educação do paciente
6. Encaminhar para a unidade de referência secundária e terciária, as pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes de órgãos-alvo, com suspeitas de causas secundárias e aqueles em urgência/emergência hipertensiva.
7. Encaminhar uma vez ao ano todos os pacientes diabéticos e ou hipertensos, para rastreamento das complicações crônicas: exames anuais com ressalva para o fundo de olho, proteinúria/microalbuminúria, eletrocardiograma ou avaliação cardiológica.
8. Encaminhar para a unidade de referência secundária os pacientes diabéticos com dificuldade de controle metabólico.



9. Encaminhar para a unidade de referência secundária os casos com diabetes gestacional, gestantes diabéticas e que necessitam de consulta especializada (cardiologia, oftalmologia, etc).
10. Perseguir obstinadamente os objetivos e metas do tratamento (níveis de pressão arterial, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada, controle de lípidos e peso).

### **2.3. Educação popular na saúde**

A equipe multiprofissional na atenção básica é fundamental na prevenção, promoção e controle dos agravos das pessoas com hipertensão e diabetes (BRASIL, 2011).

Trabalhar a mudança de estilo de vida das pessoas com essas doenças crônicas, enfatizando alimentação saudável, prática da atividade física, controle do álcool e do tabaco, deverão ser estratégias prioritárias da ESF, para evitar as complicações da hipertensão e diabetes (BULBACH, 2009).

Uma das formas para trabalhar a orientação de mudança de estilo é a educação em saúde a partir do programa HIPERDIA.

A educação em saúde tem sido valorizada como possibilidade de transformação da prática de atenção à saúde, especialmente no caso das pessoas com doenças crônicas como é o caso da hipertensão arterial sistêmica (FELIPE, 2011).

Desse modo, a educação em saúde é de suma importância ao lidar com as DCNTs, em especial as que abarcam o HIPERDIA. Essa estratégia educacional nos ajuda no controle da hipertensão e da diabetes ao darmos orientações adequadas sobre a doença e a forma de tratamento.

Entretanto, um dos problemas ainda enfrentado pelo profissional de saúde com relação a educação em saúde é a visão centrada apenas na doença, onde acabam transferindo o seu conhecimento aos usuários, não oportunizando reflexões, críticas e diálogo com as pessoas hipertensas e diabéticas (AERTS e ALVES, 2007).

Até o final da década de 1970 e início dos anos 1980, a educação em saúde era utilizada para eliminar ou diminuir a ignorância da população sobre as causas biológicas das doenças, desconsiderando-se por completo as culturas das populações ou dos grupo populacionais trabalhados ( AERTS e ALVES, 2007).

Esse tipo de educação é referido por FREIRE (1987) como educação do tipo “bancária”, onde o educador é o único detentor de conhecimento, depositando seus saberes aos educandos, que nesse caso, apenas recebem, não permitindo reflexões sobre determinado tema.

Assim, o profissional da saúde não leva em consideração a realidade social, político, econômico e cultural dos usuários na educação em saúde, e acredita que os únicos culpados pelas complicações e agravos da hipertensão e diabetes é o próprio usuário, que não cuida de si.

Segundo FREIRE (2013), o educador não é aquele que transfere/deposita o conhecimento, mas aquele que possibilita a produção do saber, criando um espaço de construção de aprendizado junto com o aluno, favorecendo reflexão crítica da realidade do aluno e a sua também. O educador para Paulo Freire é aquele que aprende ao mesmo tempo em que ensina.

Baseando-se no modelo de educação proposto por Paulo Freire, os profissionais da saúde, atuantes na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família, devem procurar trabalhar com foco na educação popular em saúde.

A educação popular em saúde é uma atividade que permite a construção do conhecimento através dos saberes populares da comunidade, de forma participativa, envolvendo o usuário, o profissional de saúde, a família e a comunidade nesse processo, estimulando a reflexão crítica da realidade, contribuindo na transformação social do indivíduo, da comunidade e permitindo ao sujeito o seu empoderamento e a sua autonomia no cuidado (AERTS e ALVES, 2007).

A educação popular em saúde amplia a interação cultural e social dos sujeitos envolvidos no processo de saúde, construindo em conjunto, conhecimentos e políticas voltados para a melhoria da qualidade de vida da comunidade.

Com a educação popular em saúde, ouvimos, olhamos, sentimos o outro com mais atenção e interesse, criando uma relação de afeto e um vínculo entre o profissional de saúde, o usuário e a família. Ela favorece também o diálogo entre os sujeitos envolvidos no processo saúde/doença, onde todos os saberes são importantes e cada um complementa o outro (FELIPE, 2011).

Então, a equipe multiprofissional da ESF deve repensar sua atitude e refletir sobre as diferenças culturais e sociais que possam interferir na relação usuário-profissional, praticando uma educação em saúde humanizada, considerando o saber popular da comunidade, suas crenças e seus valores, contribuindo na formação do usuário como pessoa autônoma no seu cuidado frente a HAS e DM.

### 3. MÉTODO

Após o levantamento da realidade do meu local de trabalho, onde identificamos a baixa adesão dos usuários do programa HIPERDIA, propomos a criação de um projeto de intervenção que é a formação do grupo de educação popular em saúde do programa HIPERDIA.

Com base no tipo de projeto desenvolvido, apresentamos como produto ou tecnologia de resultado: Tecnologia de Educação.

Essa tecnologia ajuda o profissional de saúde através de suas orientações, a contribuir na melhoria da qualidade de vida e a autonomia dos sujeitos envolvidos no cuidado, através de ações que permitiu o diálogo e o vínculo entre o profissional, o usuário e a família (AMANTE, 2013).

**Tecnologias de educação** – apontam meios de auxiliar a formação de uma consciência para a vida saudável; tecnologias de processos de comunicação – meios utilizados pelos profissionais como forma terapêutica e na prestação de informações. Ou seja, todas as formas do profissional e clientela se relacionarem entre si e com os outros (AMANTE, 2013, p. 38).

O local do projeto de intervenção foi em uma comunidade da zona rural do município de Bragança, Estado do Pará, cujo nome é Vila do Treme.

A Vila do Treme é composta de 1036 famílias, correspondendo a 3982 pessoas residindo na comunidade. A maioria das famílias possui energia elétrica em sua residência, mas o saneamento básico da vila é precário, pois o tratamento de água é deficiente e não há sistema de esgoto no local. A água utilizada para consumo e/ou tarefas domésticas é proveniente de poço, onde a minoria das famílias (apesar de orientações dadas pela ESF Treme para o tratamento da água) tratam a água com hipoclorito ou através da fervura; o destino de dejetos humanos é feito em fossa do tipo aberta e fechada. Tem coleta de lixo na comunidade, mas devido a demora na coleta a qual é feita apenas duas vezes na semana, as famílias na sua grande maioria, enterram o seu lixo. Há cobertura de apenas uma operadora de telefonia móvel e não há acesso de internet na Vila do Treme. A fonte de renda das famílias na comunidade é a agricultura, a pesca e a coleta do caranguejo.

O projeto está sendo desenvolvido pela equipe da Estratégia Saúde da Família Treme, que é a unidade de saúde responsável pela cobertura das famílias, sendo o primeiro contato da comunidade com o SUS.

Os profissionais que compõem a equipe da Estratégia Saúde da Família são: uma médica cubana, uma enfermeira, doze agentes comunitários de saúde, um odontólogo, uma auxiliar de consultório dentário, dois técnicos de enfermagem, dois serviços operacionais, dois agentes administrativos e dois vigias.

Trabalhamos com os programas: Pré-natal, Programa de Aleitamento Materno Exclusivo, HIPERDIA, Programa Saúde na Escola, Saúde da Criança e Saúde da Mulher, além de realizarmos visitas domiciliares.

As consultas médicas, de enfermagem e de odontologia são realizadas quatro vezes na semana; as visitas domiciliares apenas um dia na semana e atividades educativas são planejadas mensalmente.

Escolhemos como sujeitos alvos do projeto de intervenção os usuários do programa HIPERDIA. A ESF Treme tem atualmente cadastrados no programa: 81 pessoas com diabetes, 67 pessoas com hipertensão e 35 pessoas com diabetes e hipertensão. Mas apenas 40% desses usuários comparecem mensalmente para acompanhamento no programa HIPERDIA na ESF Treme.

O projeto de intervenção tem duas etapas: a primeira é uma oficina para sensibilizar os agentes comunitários de saúde da ESF Treme quanto à formação do grupo de educação popular em saúde do HIPERDIA, já implementada; a segunda etapa é a formação do grupo propriamente dito com os usuários do programa.

Para a oficina de sensibilização dos ACS quanto à formação do grupo de educação em saúde, planejamos realizá-la apenas em um único dia, o que ocorreu no mês de janeiro. O local escolhido para a realização da oficina foi no auditório da própria unidade de saúde e a coordenadora da oficina foi a enfermeira da ESF Treme.

Os recursos utilizados para a oficina foram: cadeiras plásticas, notebook, caixinhas de som, papel A4, pincel e pirulitos.

Para a segunda etapa do projeto, o qual nos comprometemos a realizá-lo, ocorrerão mensalmente a partir do mês de março. Os locais dos encontros serão o auditório da própria ESF Treme e os centros comunitários, as escolas e praças da Vila do Treme. Como o grupo trabalhará com enfoque nos saberes populares da comunidade, acreditamos que ao utilizarmos os ambientes frequentados pela comunidade da Vila do Treme, estimularemos muito mais a relação do

indivíduo com a sua cultura e o seu saber, favorecendo o diálogo e maior participação no grupo (BRASIL, 2014). Sendo que o primeiro encontro do grupo acontecerá no auditório da ESF.

Além dos usuários do programa que são os principais atores do projeto, convidaremos os familiares/cuidadores das pessoas com diabetes e hipertensão para participar dos encontros, juntamente com a equipe multiprofissional da ESF Treme. Também será convidado a participar dos encontros do grupo, o educador físico do programa Academia de Saúde, quando o encontro tiver como tema a prática de atividade física e a nutricionista do NASF para debates sobre alimentação.

A coordenação dos encontros ficará sobre a responsabilidade da enfermeira e de um agente comunitário de saúde da ESF Treme e de um usuário do programa HIPERDIA.

Sugerimos como temas a serem discutidos a cada mês nos encontros do grupo de educação em saúde:

- Como estou me sentindo hoje?
- O que é esse negócio de pressão alta e açúcar alto no sangue?
- O que é HIPERDIA mesmo?
- A gente toma remédio ou chá?
- O que comemos?
- A gente se movimenta?
- Como estão os nossos pés?
- Como estão os nossos dentes?
- A gente enxerga bem?
- E o sexo, faz bem ou mal?
- A nossa cultura é amiga ou inimiga no tratamento da Hipertensão e Diabetes?
- Como é minha rua? Isso ajuda ou atrapalha a minha doença?
- Quais os nossos direitos e deveres com as doenças?

Importante reforçar que os temas são sugestões do projeto de intervenção, que poderão sofrer alterações conforme solicitação dos participantes do grupo, pois eles terão a liberdade e autonomia de escolhas e sugestões dentro do grupo.

Os recursos utilizados nos encontros do grupo serão: cadeiras plásticas, mesa, cartolina, papel A4, caneta, pincel, cola, fita durex, notebook, caixinha de som, bonecos de fantoches, CDs de músicas e folders educativos.

A disposição do grupo deverá sempre ser em forma de roda, pois isso contribuirá no elo entre os participantes do encontro, favorecendo o debate, a confiança e o vínculo das pessoas do grupo de educação popular em saúde (WARSCHAUER, 1993).

A educação popular em saúde através de atividades que permitem o diálogo entre o profissional e a comunidade, considerando os saberes populares como importante na construção do conhecimento, contribui para a promoção da saúde, além da autonomia do indivíduo.

Entende-se que a EPS apresenta-se com potencialidade, não apenas como referencial teórico/metodológico para a construção de políticas, haja vista as experiências reais em governo do campo da esquerda, como também, campo de prática social com amplo poder de agregação, alicerçado em princípios éticos e culturais compromissados com o popular (BRASIL, 2014, p. 18).

Os encontros do grupo ocorrerão no turno da manhã, sendo passível troca de horário conforme decisão do grupo e terá duração em média de 1h30min.

Os usuários do programa HIPERDIA e seus familiares/cuidadores serão convidados a participar da formação do grupo de educação popular em saúde, através de convites realizados pelos ACS em suas visitas domiciliares e durante o atendimento na própria unidade de saúde.

Em nenhum momento os usuários serão obrigados, forçados e/ou ameaçados a participarem do grupo, pois respeitamos o direito de cada indivíduo em querer ou não participar dos encontros do grupo. Por isso, tentaremos sensibilizá-los sobre a importância do grupo de educação em saúde e a sua participação e frisaremos que a sua não participação não prejudicará de modo algum no acompanhamento nas consultas na ESF Treme.

#### 4. RESULTADO E ANÁLISE

A primeira etapa do projeto de intervenção ocorreu no dia 22/01/2014, das 9h às 11h da manhã, no auditório da própria ESF Treme, que teve o objetivo de sensibilizar os ACS sobre a formação do grupo de educação popular em saúde no programa Hiperdia. Essa primeira etapa ficou sob a minha coordenação. Todos os doze ACS participaram da oficina. Outros integrantes da equipe multiprofissional foram convidados, mas devido ao cronograma de atividades do mês de janeiro, não puderam participar.

Para a oficina foram planejados cinco passos:

1º passo: *organização dos participantes (enfermeira e os ACS).*

Conforme os participantes iam chegando, era pedido para que cada um pegasse uma cadeira e colocasse da forma que acharia melhor para assistir a oficina. Todos os ACS dispuseram as cadeiras uma atrás da outra, de forma tradicional. Após a chegada de todos, pedi novamente que pegassem a cadeira e as colocassem em forma de roda.

2º passo: *Foi lançada a seguinte pergunta: o que vocês acham de sentar em roda?*

A proposta da pergunta foi para que conhecêssemos o que os ACS compreendiam sobre a roda de conversa e que partíssemos para a reflexão sobre educação popular em saúde. Após as respostas obtidas, realizei debates e reflexões com os ACS sobre: educação tradicional e libertadora; roda de conversa; educação popular em saúde.

Para nortear os debates, retomamos alguns conceitos sobre os assuntos. FREIRE (2013) nos permite entender que a educação tradicional é aquela em que apenas transferimos o conhecimento ao aluno, não permitindo reflexões, debates e senso crítico do aluno; é a famosa “educação bancária”, enquanto a educação libertadora, o educador possibilita que o educando crie formas de construir o seu conhecimento, considerando a realidade econômica, social do educando. Nessa, o conhecimento é compartilhado, dividido, “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”.

A roda de conversa favorece o diálogo, troca de opiniões, debates, compartilhamento de conhecimento e experiências, permitindo com que os participantes tenham sentimentos de igualdade e reconheça o outro como um ser também importante na relação na construção do conhecimento, gerando em conjunto, ações para a melhoria da qualidade de vida.

Uma característica do que estou denominando de roda é reunir indivíduos com histórias de vida diferentes e maneiras próprias de pensar e sentir, de modo que os diálogos, nascidos desse encontro, não obedecem a uma mesma lógica. São, às vezes, atravessados pelos diferentes significados que um tema desperta em cada participante. Este momento significa estar ainda na periferia de uma espiral onde as diferenças individuais e as subjetividades excedem as aproximações. A Constância dos encontros propicia um maior entrelaçamento dos significados individuais, a interação aumenta e criam-se significados comuns, às vezes até uma linguagem própria (WARSCHAUER, 1993, P. 46)

A educação popular em saúde é um dos instrumentos que permitirá os ACS uma melhor atuação diante de sua comunidade. A educação popular em saúde contribui para transformar as ações de educação em saúde já realizadas pela atenção básica, onde passamos a considerar o saber popular dos usuários, favorecendo a sua autonomia no cuidado (BRASIL, 2014). Nesse sentido, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2014) aponta que:

[...] uma dimensão significativa é a articulação das práticas populares de cuidados aos serviços de saúde, pois estas atuam muito próximas dos princípios que temos buscado efetivar no SUS, como a humanização, solidariedade e a integralidade, compreendendo estas não só como forma de cura, mas, fundamentalmente, como contribuidoras para a conquista de um projeto de sociedade engajado com esses valores (BRASIL, 2014, p. 22).

Com a primeira etapa do projeto de intervenção desenvolvido com os agentes comunitários de saúde da ESF Treme, observamos que ainda é muito presente no cotidiano dos profissionais de saúde, uma educação em saúde do tipo tradicional. Isso foi observado nas atitudes e falas dos ACS quando foi solicitada a organização das cadeiras e sobre o quê eles entendiam sobre a roda de conversa.

O 3º passo: *debates sobre os que os ACS entendem sobre o Hipertensão; o que estão levando os usuários da ESF a não aderirem ao programa; qual o papel da equipe multiprofissional na adesão; qual o papel do usuário e da família na adesão.*

Importante salientar que os ACS são peças fundamentais na assistência as pessoas com hipertensão e diabetes dentro da Estratégia Saúde da Família, pois são os ACS que estão diariamente acompanhando esses usuários da ESF através de suas visitas domiciliares. Os ACS são a “ponte” entre a comunidade e a unidade de saúde e eles conhecem realmente a realidade da comunidade. E fazer discussões sobre o papel deles no programa, o papel do usuário e da família no processo do cuidado é de fundamental importância para que possamos redirecionar nossas



ações, entender os conflitos existentes com relação à baixa adesão ao programa HIPERDIA e proporcionar uma melhor assistência dentro da ESF para as pessoas com hipertensão e diabetes.

Outro ponto que devemos destacar aqui é o entendimento do nosso papel enquanto profissionais de saúde dentro do processo de cuidado. O profissional de saúde muitas vezes não é capaz de enxergar que também é um ponto negativo no processo do cuidado, pois suas ações em certos momentos não permitem um espaço de escuta, afeto e diálogo com o usuário e/ou familiar.

O 4º passo: *apresentação do projeto de intervenção Educação Popular em Saúde no programa HIPERDIA aos ACS.*

Depois dos debates e das reflexões sobre a educação popular em saúde e o papel da equipe multiprofissional frente às pessoas com hipertensão e diabetes, foi apresentado o projeto de intervenção aos ACS. Sugeri a participação deles na elaboração das atividades para o grupo de educação em saúde e pedi que expressassem os seus sentimentos com relação à oficina e avaliassem a atividade do dia. Esse momento foi relevante para mostrar a importância dos ACS dentro do processo de trabalho, estimulando a criatividade, reflexões críticas e autonomia no grupo.

O 5º passo: *finalização da oficina com a dinâmica “o jogo do pirulito”.*

Foi entregue para cada ACS um pirulito e pedido para que segurasse com a mão direita. Foi dado o primeiro comando: não poderiam em nenhum momento dobrar o braço que segurava o pirulito e nem trocar o pirulito de mão. Após isso, foi colocada uma música e solicitado para que dançassem. Foi dado o segundo comando: tirem o papel do pirulito sem dobrar o braço. O terceiro comando foi para chuparem o pirulito sem dobrar o braço.

A moral da dinâmica era justamente mostrar para os ACS a importância do trabalho em equipe, algo tão fundamental dentro das atividades na ESF Treme. Que devemos ter um olhar mais atento ao nosso colega de trabalho e que nas dificuldades do dia-a-dia, sejamos humildes e humanos para ajudar ao colega de trabalho ou pedir ajuda para a resolução de possíveis problemas.

No entanto, mesmo com a visão de educação em saúde tradicional, a oficina ao possibilitar um espaço de debate, diálogo e escuta entre os participantes e o coordenador, motivando e valorizando o ACS, apresentando a educação libertadora como outra forma de trabalhar com educação em saúde, enfatizando os saberes populares, permitiu que

conseguíssemos sensibilizar os ACS sobre a formação do grupo, estimulando a compreensão da importância do trabalho com os usuários do programa HIPERDIA, além de dar outras perspectivas com relação ao trabalho dentro da Estratégia Saúde da Família.

Esperamos que os encontros do grupo propriamente dito, que é a segunda etapa do projeto de intervenção, também consigam estimular nos usuários do programa HIPERDIA, sua autonomia e empoderamento, criando espaços de reflexões, criatividade e cidadania, favorecendo o vínculo profissional-usuário e melhoria no processo saúde-doença de todos os envolvidos.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi mais do que uma construção, foi uma transformação de ideias e atitudes frente à prática profissional dentro da Estratégia Saúde da Família Treme a partir do desenvolvimento das atividades do curso de especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem- Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Com o estudo, foi possível desenvolver parte do projeto de intervenção para formação do grupo de educação popular em saúde do programa HIPERDIA como tecnologia de educação. Desse modo, pôde-se descrever a implementação da primeira etapa do projeto e criar um espaço de diálogo, debate e reflexões acerca do tema e sobre o papel dos ACS como profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica, proporcionando uma nova visão frente à educação popular em saúde e na relação com os usuários com hipertensão e diabetes acompanhados pela ESF Treme. Assim, alcançamos parcialmente o objetivo geral do estudo que foi descrever a experiência de formar um grupo de educação popular em saúde a fim de estimular a adesão dos usuários da ESF Treme ao programa Hiperdia e contemplamos um dos objetivos específicos propostos, que foi de sensibilizar os agentes comunitários de saúde com relação à formação do grupo de educação popular em saúde no programa HIPERDIA.

Isso foi de fundamental relevância ao nos dar alicerce à segunda etapa do projeto de intervenção, que são os encontros do grupo propriamente dito dos usuários do programa HIPERDIA da ESF Treme e que contará com a participação de toda a equipe de saúde. Importante mencionar, que nos comprometemos a realizar mensalmente os encontros do grupo dos usuários do HIPERDIA a partir do mês de março.

O trabalho também será uma importante ferramenta para promovermos o conhecimento sobre educação popular em saúde à equipe multiprofissional e às pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares, incentivando a integração e vínculo entre profissional-usuário-familiar.

Sugerimos que o projeto de intervenção criado e implantado na ESF Treme, seja divulgado pela Secretaria Municipal de Saúde de Bragança às outras unidades de saúde, servindo de material de estudo para a rede municipal a fim de promover a educação popular em saúde e esperamos que este trabalho pudesse servir como exemplo de tecnologia de educação para estimular a adesão dos usuários de outras unidades ao programa HIPERDIA.

Precisamos criar novos espaços ou reinvenção de espaços no município, que favoreça as rodas de conversa, estimulando assim o diálogo, os debates e a construção e ou reconstrução do saber, além de garantirmos o compromisso preconizado pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde como: a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, proporcionando uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS.

## REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ALVES, G. G. **As práticas Educativas em Saúde e a Estratégia Saúde da Família**. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2011. v. 16.

AMANTE, L. N.; BACKES, V. M. S.; RAMOS, F. R. S.; REIBNITZ, K. S. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. **Modulo X: Desenvolvimento do Processo de Cuidar**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2013.

ALMEIDA, A. M. de; ALVES, L. M. M.; DORNELES, S.; GUERREIRO, D.; MEIRELLES, B. H. S.; SUPPLICI, S.; ZANETTI, M. L. Curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem. **Modulo V: Cronicidade e Suas Inter-relações na Atenção à Saúde**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2013.

ASSIS, L. C.; CAVALCANTE, A. L.; SIMÕES, M. O. S. **Políticas Públicas para Monitoramento de Hipertensos e Diabetes na Atenção Básica**. Revista Brasileira de Pesquisa em saúde, 2012. v. 14.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 9.

\_\_\_\_\_. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Caderno da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. nº 15.

\_\_\_\_\_. **Diabetes Meliitus**. Caderno da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. nº 16.

\_\_\_\_\_. **SIAB: manual do sistema de informação da atenção básica**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Plano de Reorganização à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. HIPERDIA. Lista de Usuários Cadastrados**. Disponível em: < <http://hiperdia.datasus.gov.br> >. Acesso em: 28 de Janeiro de 2014.

\_\_\_\_\_. **Programa HIPERDIA**. Disponível em: < <http://hiperdia.datasus.gov.br> >. Acesso em: 05 de Março de 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BUDÓ, M. de L. D.; SAUPE, R. **Conhecimentos Populares e Educação em Saúde na Formação do Enfermeiro**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2004.

BULBACH, S.; GOMES, M. J.; OLIVEIRA, E. A. de.; SOUZA, P. L.; TAMARINI, P. S. **Autopercepção do Estilo de Vida em Indivíduos com Hipertensão Arterial**. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, 2009. v. 11.

FELIPE, G. F. **Educação em Saúde em Grupo: Olhar da Enfermeira e do Usuário Hipertenso**. Ceará: Universidade Estadual do Ceará, 2011.

FERREIRA, M. A.; GAIA, E. S. M.; LIMA, A. S. **A Importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Serra Talhada-PE, para Adesão dos Hipertensos e Diabéticos ao Tratamento Medicamentoso e Dietético**. Pernambuco: Faculdade de Integração do Sertão-PE, 2012.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 47 ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2013.

RIBEIRÃO PRETO. **Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes**. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. São Paulo, 2011.

SESPA. **Plano Estadual de Saúde do Pará PES-PA 2012-2015**. PARÁ: Secretaria Executiva de Saúde Pública, 2012.

WARSCHAUER, Cecília. **A Roda e o Registro: uma parceria entre professor, alunos e conhecimento**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.



## ANEXO A: 1ª VIA DA FICHA DE CADASTRO DO PROGRAMA HIPERDIA

MS – HIPERDIA PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS		1.ª Via: Enviar para digitalização CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO	
Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIAR/SUS (*)	Número do Prontuário
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)</b>			
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)		Data Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)		Nome do Pai	
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	Pais de Origem
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV) Nº Cartão SUS
<b>DOCUMENTOS GERAIS</b>			
Título de Eleitor	Número	Zona	Série
CTPS	Número	Série	UF Data de Emissão
CPF	Número	PISEP/ASEP	Número
<b>DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (*)</b>			
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV) UF Data de Emissão
Cartão (TV)	Tipo	Nome do Cartão	Livro
	Folha	Termo	Data de Emissão
<b>ENDEREÇO (*)</b>			
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro	Número	Complemento
Bairro	CEP	DDD	Telefone
<b>DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE</b>			
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (kg) (*)
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/dl)	<input type="checkbox"/> Em jejum <input type="checkbox"/> Pós prandial	
Fatores de risco e doenças concomitantes		Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares		Presença de Complicações	
Diabetes Tipo 1		Infarto Agudo Miocárdio	
Diabetes Tipo 2		Doença coronariopatia	
Tabagismo		AVC	
Sedentarismo		Pe diabético	
Sobrepeso/Obesidade		Amputação por diabetes	
Hipertensão Arterial		Doença Renal	
<b>TRATAMENTO</b>			
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Medicamentosos		Unidades/dia	
Tipo	Comprimidos/dia	Insulina	
1/2	1 2 3 4 5 6		
Insulina			
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Data da Consulta (*)	Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)		
<small>Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção nome pai, data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (*) Preencha um dos documentos obrigatórios. (*) Preencha no verso do formulário.</small>			

Fonte: DATASUS 2014

## ANEXO A: 2ª VIA DA FICHA DE CADASTRO DO PROGRAMA HIPERDIA

MS – HIPERDIA PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS		2.ª Via: Enviar para digitalização CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO	
Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIAR/SUS (*)	Número do Prontuário
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)</b>			
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)		Data Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)		Nome do Pai	
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	Pais de Origem
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV) Nº Cartão SUS
<b>DOCUMENTOS GERAIS</b>			
Título de Eleitor	Número	Zona	Série
CTPS	Número	Série	UF Data de Emissão
CPF	Número	PISEP/ASEP	Número
<b>DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (*)</b>			
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV) UF Data de Emissão
Cartão (TV)	Tipo	Nome do Cartão	Livro
	Folha	Termo	Data de Emissão
<b>ENDEREÇO (*)</b>			
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro	Número	Complemento
Bairro	CEP	DDD	Telefone
<b>DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE</b>			
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (kg) (*)
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/dl)	<input type="checkbox"/> Em jejum <input type="checkbox"/> Pós prandial	
Fatores de risco e doenças concomitantes		Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares		Presença de Complicações	
Diabetes Tipo 1		Infarto Agudo Miocárdio	
Diabetes Tipo 2		Doença coronariopatia	
Tabagismo		AVC	
Sedentarismo		Pe diabético	
Sobrepeso/Obesidade		Amputação por diabetes	
Hipertensão Arterial		Doença Renal	
<b>TRATAMENTO</b>			
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Medicamentosos		Unidades/dia	
Tipo	Comprimidos/dia	Insulina	
1/2	1 2 3 4 5 6		
Insulina			
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Data da Consulta (*)	Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)		
<small>Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção nome pai, data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (*) Preencha um dos documentos obrigatórios. (*) Preencha no verso do formulário.</small>			

Fonte: própria autora.



## ANEXO B: FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA HIPERDIA

Fonte: própria autora.

## ANEXO C: FICHA B-HA DO SISTEMA SIAB

FICHA B - HA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA										ANO					
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:												
<b>ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS</b>																	
Identificação	Sexo	Idade	Paciente sim não		Meses												Observações
					Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome:					data da visita de ACS												
					faz dieta												
					toma a medicação												
					faz exercícios físicos												
					Pressão Arterial												
Endereço:					data da última consulta												
					data da próxima ACS												

Fonte: Caderno SIAB.

## ANEXO C: FICHA B-DIA DO SIAB

FICHA B - DIA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA										ANO					
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:												
<b>ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS</b>																	
Identificação	Sexo	Idade			Meses												Observações
					Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome:					data da visita de ACS												
					faz dieta												
					faz exercícios físicos												
					usa insulina												
					toma hipoglicemizante oral												
Endereço:					data da última consulta												

Fonte: Caderno SIAB.