

## ANÁLISE SOBRE A ADEÇÃO AOS GRUPOS DE HIPERTENSÃO NO MUNICÍPIO DE BRUNÓPOLIS-SC

Rosângela De Oliveira  
Eduardo Eugênio Aranha

**RESUMO:** Tanto a Hipertensão Arterial como a Diabetes Mellitus vem mostrando índices crescentes, atingindo alta prevalência na população. Estas unidas tornam-se relevantes fatores de risco para eventos cardiovasculares. Nesta perspectiva o grupo de Hipertensão age como mais uma ferramenta para o controle e acompanhamento dos usuários de medicamentos e serviços do SUS. **Objetivo:** averiguar a adesão e frequência com que os usuários cadastrados participam dos encontros nos grupos de Hipertensão nas comunidades do município de Brunópolis. **Método:** Pesquisa realizada no município de Brunópolis-Sc, localizado na microrregião do Planalto sul de Santa Catarina, contando com 2,690 habitantes. A pesquisa se deu nos registros de controle e frequência feitos em cada reunião ocorrida nas comunidades do município, estas realizadas pela equipe de saúde responsável. Este estudo tem perfil epidemiológico, caracterizado como não experimental predominante na área da saúde, objetivando colher e organizar informações observando situações com ocorrência natural dando ênfase nos pacientes portadores de Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus. **Resultados e conclusão:** A educação popular em saúde, focada nos grupos de Hipertensão, assume aspecto importante no contexto de saberes sobre prevenção, cuidado e monitoramento de adoecimentos relacionados a hipertensão e diabetes, pois se torna capaz de instrumentalizar o usuário com conhecimentos, direitos e benefícios possíveis para sua melhor qualidade de vida. **Palavras-chave:** Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Hipertensão, Saúde Coletiva.

## INTRODUÇÃO

O princípio de integralidade do SUS, ressalta a importância de incorporar saberes e práticas educativas que referenciem o conhecimento real e útil para a vida dos usuários de seus serviços. Nesta perspectiva surgem os programas de educação em saúde coletiva, tais como o Hiperdia.

O grande impacto da morbimortalidade cardiovascular na população brasileira, que tem o DM e a HAS como importantes fatores de risco, traz como um desafio para o sistema público de saúde; a garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Lima (2012)

A experiência brasileira com o modelo de atenção voltado para a Saúde da Família tem proporcionado mudanças positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população, bem como na estruturação dos serviços e no padrão de assistência oferecida pelo sistema público de saúde. Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, os profissionais de saúde necessitam de programas e conteúdos que os possibilitem desempenhar suas atribuições, cada vez mais próximos das necessidades de saúde da população.

O Ministério da Saúde vem ampliando sua parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde para o desenvolvimento de Saúde da Família, através dos Pólos de Capacitação, de modo a

intensificar o processo de qualificação dos profissionais que compõem as equipes.

Rumando para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), este princípio surge como bússola norteadora no desenvolvimento de processos educativos voltados para a melhoria na assistência, qualidade de vida, bem como consequência a promoção maior de saúde dos indivíduos que atende. Fernandes (2013)

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento mundial nas próximas décadas. A hipertensão arterial sistêmica representa importante fator de risco para as doenças cardiovasculares e está presente em 69% dos pacientes com um primeiro infarto do miocárdio, em 77% dos pacientes com um primeiro acidente vascular cerebral, em 74% dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica e em 60% dos pacientes com doença arterial periférica. Souza (2012)

Tanto a Diabetes como a Hipertensão são condições clínicas que podem ser assintomáticas, que podem ser subestimadas em uma população. Estima-se que no Brasil existam cerca de 6.317.621 casos de Diabetes e 25.690.145 casos de Hipertensos. Schimdt (2009)

A falta de adesão ao tratamento de HAS e DM é um grave problema de saúde pública, pois resulta na morte de 400 mil brasileiros hipertensos e 36 mil diabéticos por ano. Também acarretam graves complicações, evoluindo para hospitalizações, agravos sociais por absenteísmo no trabalho, elevados custos com internações de longa permanência,

invalidez, aposentadoria precoce e outros.

Assim o programa Hiperdia surge com foco principal de ampliação no alvo da vigilância nos grupos portadores de doenças crônicas, em caso a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial, sabendo que entre 60% e 80% desses casos registrados na população brasileira, podem ser tratados na rede básica.

O acompanhamento efetivo dos usuários é um dos requisitos mais difíceis de concretizar no Hiperdia, seja pela distância física entre os usuários e os serviços de saúde, seja pelas dificuldades referidas pelos profissionais para alcançar esses pacientes em sua residência ou, ainda, pela pouca compreensão dos pacientes acerca da HAS e do DM. Souza (2012)

Detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado para a HAS e o DM caracteriza-se como um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde, as sociedades científicas e as associações de portadores, pois são situações que necessitam de intervenção imediata pela alta prevalência na população brasileira e pelo grau de incapacidade que provocam.

Diante do exposto, faz-se necessária a adição de esforços de todos os envolvidos com essa grave situação de saúde pública, buscando a reorganização da atenção básica, tendo como estratégias principais a prevenção dessas doenças, suas complicações e a promoção da saúde, objetivando assim uma melhor qualidade de vida.

Diante do exposto o que se pesquisa neste estudo é a adesão destes indivíduos as reuniões realizadas no grupo de Hiperdia no município de Brunópolis-Sc, nos últimos dois anos. Assim tendo como objetivo interpretar se a adesão e o funcionamento estão a contribuir na construção de saberes que tendem a melhorar a vida dos seus usuários, bem como se a equipe de saúde esta conseguindo realizar um maior monitoramento destas populações através desta estratégia de grupos de educação em saúde coletiva.

## REFERÊNCIAL TEÓRICO

Segundo o ministério da saúde as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional.

Entre os fatores de risco para mortalidade, hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana<sup>4</sup>. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg<sup>1</sup>. (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se

frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010)

A hipertensão arterial é observada quando a pressão arterial sistólica é maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. (Ministério Da Saúde)

Fonte: Cadernos De Atenção Básica, Ministério da Saúde

CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DE MAIORES DE 18 ANOS

Pressão Diastólica (mmHg) - Arterial PAD	Pressão Arterial Sistólica - PAS (mmHg)	Classificação
< 85	< 130	Normal
85 - 89	130 - 139	Normal limítrofe
90 - 99	140 - 159	Hipertensão leve (estágio 1)
100 - 109	160 - 179	Hipertensão moderada (estágio 2)
≥ 110	≥ 180	Hipertensão grave (estágio 3)
< 90	≥ 140	Hipertensão sistólica (isolada)

Fonte: III Congresso Brasileiro de HAS

Para Henrique (2008), os fatores principais que referenciam a variação de pressão arterial dentro da população incluem idade, índice de massa corporal, sexo, alimentação, e principalmente consumo de sal.

Existe dentro dos portadores de Hipertensão Arterial uma classificação categórica de risco

elaborada pelo Ministério da Saúde que determina como grupo de risco baixo homens com idade menor de 55 anos e mulheres com idade abaixo de 65 anos, com hipertensão de grau I e sem fatores de risco. Entre indivíduos dessa categoria a probabilidade de um evento cardiovascular grave, nos próximos 10 anos, é menor que 15%.

A segunda categoria de risco médio caracterizada por portadores de HAS grau I ou II, com um ou dois fatores de risco cardiovascular. Alguns possuem baixos níveis de pressão arterial e múltiplos fatores de risco, enquanto outros possuem altos níveis de pressão arterial e nenhum ou poucos fatores de risco. Entre os indivíduos desse grupo a probabilidade de um evento cardiovascular grave, nos próximos 10 anos, situa-se entre 15 e 20%. E por fim a categoria de risco alto que incluem portadores de HAS grau III, que possuem um ou mais fatores de risco, com doença cardiovascular ou renal manifesta. A probabilidade de um evento cardiovascular, em 10 anos, é estimada em mais de 30%. Para esse grupo, está indicada a instituição de imediata e efetiva conduta terapêutica.

A atenção primária ao hipertenso, quando centrada na família, percebida a partir de seu ambiente físico e social possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde/ doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Dessa forma, a atuação é integrada, com níveis de competência bem estabelecidos na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, com medidas preventivas primárias e atendimento à hipertensão arterial. As estratégias para a implantação de medidas preventivas dependem da atuação de equipes

interdisciplinares, adoção de políticas públicas, atividades comunitárias, organização e planejamento dos serviços de saúde. O acesso do paciente a esses serviços e a qualidade do trabalho desenvolvido também interferem na adesão ao tratamento. Gomes (2010)

O Diabetes Mellitus pode ser conceituada como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As consequências do DM, em longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. A classificação baseia-se na etiologia de "insulinodependente" (IDDM) e "não-insulinodependente" (NIDDM). (Ministério Da Saúde)

O Diabetes Mellitus tipo I que resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência à cetoacidose. Esse tipo ocorre em cerca de 5 a 10% dos diabéticos. Inclui casos decorrentes de doença autoimune e aqueles nos quais a causa da destruição das células beta não é conhecida, dividindo-se em: imunomediado e idiopático. Já a Diabetes tipo II resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. O DM tipo 2 é hoje considerado parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina e ocorre em 90% dos pacientes diabéticos. (Ministério Da Saúde)

O tratamento do Diabetes tipo 1, na maioria dos casos,

consiste na aplicação diária de insulina, dieta e exercícios, uma vez que o organismo apresenta deficiência em sua produção. A quantidade de insulina necessária dependerá do nível glicêmico. Naturalmente, a alimentação também é muito importante, pois ela contribui para a determinação dos níveis glicêmicos. Os exercícios físicos baixam os níveis, diminuindo, assim, a necessidade de insulina. Existem diferentes tipos de preparação de insulina, que se distinguem pela velocidade com que é absorvida do tecido subcutâneo para o sangue (início da ação) e pelo tempo necessário para que toda a insulina injetada seja absorvida. Vechi (2007).

O Diabetes Mellitus do tipo 2 (DM2) tem alcançado proporções alarmantes, chegando a ser considerado uma epidemia. Para Costa (2011), estima-se que em 2025 o mundo chegue ao número de 300 milhões de Diabéticos principalmente em países em desenvolvimento. Os hábitos de vida da sociedade moderna, marcados pelo elevado consumo de dietas desbalanceadas e reduzida prática de exercícios físicos, têm acarretado em numerosas implicações para a saúde da população, com aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, DM, resistência insulínica (RI) e síndrome metabólica. (Ministério Da Saúde)

Existem sintomas firmados pelo ministério da saúde que auxiliam no rastreamento do portador de Diabetes, são estes: Poliúria / nictúria, boca seca, polifagia, emagrecimento rápido, fraqueza / astenia, prurido vulvar ou balanopostite, diminuição brusca da acuidade visual, achado de

hiperglicemia ou glicosúria em exames de rotina.

O Diabetes é um importante problema de saúde pública uma vez que é frequente e está associado a complicações que comprometem a produtividade, qualidade de vida e sobrevivência dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu tratamento e das suas complicações. As medidas de prevenção da patologia são eficazes em reduzir o impacto desfavorável sobre morbimortalidade nos portadores. Na atualidade é imprescindível ao profissional atuante na área da saúde desenvolver ações educativas ancoradas na pedagogia conscientizadora aliada a uma metodologia participativa.

O processo ensino-aprendizagem propicia a tomada de consciência, o desenvolvimento de capacidades e habilidades e também contribuiu para a atuação do portador como agente multiplicador de informações e transformador da realidade. A adoção de inovações educativas aplicadas ao campo da saúde, que tratem o fenômeno educativo na sua totalidade, desde o lidar com os desejos, as necessidades, as crenças, os estilos de vida e até os valores, reforça a visão que as soluções dos problemas de saúde requerem ações socialmente sustentadas do ponto de vista cultural e político-econômico. O entendimento de tal fenômeno pode desvelar, o favorecimento da atenção ao ser humano integral submetido ao seu cuidar profissional e não apenas o olhar sobre a enfermidade que o acomete. Vichi (2007)

O Ministério da Saúde sobre estas patologias faz a seguinte declaração, a possibilidade de

associação das duas doenças Hipertensão e Diabetes é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente. Ambas são doenças que apresentam vários aspectos em comum: Etiopatogenia: identifica-se a presença, em ambas, de resistência insulínica, resistência vascular periférica aumentada e disfunção endotelial; Fatores de risco, tais como obesidade, dislipidemia e sedentarismo; Tratamento não-medicamentoso: as mudanças propostas nos hábitos de vida são semelhantes para ambas as situações; Cronicidade: doenças incuráveis, requerendo acompanhamento eficaz e permanente; Complicações crônicas que podem ser evitadas quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas; Geralmente assintomática na maioria dos casos; De difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo; Necessidade de controle rigoroso para evitar complicações; Alguns medicamentos são comuns; Necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar; Facilmente diagnosticadas na população.

Considerando-se todos esses fatores, propõe-se o seguimento associado dessas patologias na rede de atenção básica e justifica-se a realização de uma abordagem conjunta.

Essas patologias atingem comumente a população brasileira de forma tão silenciosa que cerca de 30% da população acometida pela doença não sabe que a possui ou não faz o tratamento corretamente por falta de motivação

ou recursos. Estudos revelaram que cerca de dois terços dos pacientes com HAS não mantêm seus níveis pressóricos dentro dos padrões devido ao tratamento medicamentoso incorreto. Sabe-se que quando o tratamento é feito de forma correta, menores serão as complicações e maior será a qualidade de vida do paciente. Alves (2012).

Desta forma o ministério da saúde desenvolveu grupos de encontro, chamados de Hiperdia com abrangência nacional a fim de abranger todos os usuários do SUS, portadores seja de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, estes sendo acolhidos pela porta de entrada da atenção básica que se firma nas Unidades de saúde de todos os municípios brasileiros.

Os grupos de hipertensos iniciaram em meados dos anos 70 nos Estados Unidos, com o princípio ainda existente nos dias atuais, agindo como instrumento de monitoramento através da adesão dos usuários aos grupos de controle da HAS. No Brasil ele surgiu em 2002, criado pela portaria 371 de 4 de março, realizando reuniões educativas voltadas para HAS e DM, com finalidade de dar orientações em saúde, realizar trocas de experiências e distribuir medicamentos. Gomes (2010)

Além destes, o ministério da saúde defende como objetivos do programa Hiperdia, instrumentalizar e estimular os profissionais envolvidos na atenção básica para que promovam medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular e DM. Orientar e sistematizar medidas de prevenção, detecção, controle e vinculação dos hipertensos e diabéticos inseridos na atenção básica. Reconhecer as

situações que requerem atendimento nas redes secundária e/ou terciária. Reconhecer as complicações da HAS e do DM, possibilitando a reabilitação psicológica, física e social dos portadores dessas enfermidades.

Ou seja, o maior propósito do programa Hiperdia é vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços.

Segundo Gomes (2010) a população brasileira hipertensa, atinge uma parcela entre 70% a 89% de indivíduos que não conseguem manter seus níveis de pressão arterial controlados. Estes descontroles são consequências de hábitos de vida não saudáveis, falta de rigor na manutenção do tratamento medicamentoso e ausência no retorno às consultas.

Atualmente a hipertensão é a mais frequente das doenças crônicas não transmissíveis, considerada principal fator de risco para patologias cardiovasculares e problemas renais. Nesta perspectiva preocupante vem unida a Diabetes Mellitus, cada vez mais presente na vida de uma grande parcela da população. Esta tendo como fatores desencadeantes o sedentarismo, uma alimentação inadequada e por consequência um aumento nos eventos de obesidade. Schimdt (2009)

Nesta perspectiva algumas medidas de avaliação, prevenção e tratamento são inseridas nos programas de gestão governamental, bem como educação em saúde individual ou em grupos. Assim surge no Brasil as ESF (Estratégias de Saúde da

Família), com foco de reorganização da atenção HAS e DM, e assim do Hiperdia. Melo (2014).

Educar a população sobre saúde, surge como instrumento fomentador de auto-análise dos usuários portadores de alguma patologia, na sua relação saúde-doença-cuidado. Assim trabalhando formas coletivas de aprendizado, investigação e monitoramento destas prevalências. Fernandes (2013)

A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações. Para que haja esse engajamento, é importante que haja vínculo suficiente entre médico e paciente. Nos hospitais públicos brasileiros e em muitos centros de especialidade, os pacientes acabam ficando vinculados ao serviço, e não a um médico ou profissional de saúde específico. Esse cenário tem mudado com o aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, que reorganiza a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência. Por meio dessa abordagem, não só o paciente, mas toda a família e a comunidade estão vinculadas a um médico e a uma equipe de saúde específica. Gomes (2010)

Segundo o Ministério da Saúde os princípios do Hiperdia consistem em rastrear por área determinada todos os hipertensos e diabéticos, e assim cadastrá-los para que se realize um monitoramento tanto no uso correto dos medicamentos como retorno as consultas.

Para Costa (2011) este se torna um desafio da Atenção Básica, pois suas equipes responsáveis são formadas por

multiprofissionais, cada um exercendo uma função individual e dos quais se espera a formação de um vínculo coletivo e resolutivo nas situações usuário e equipe de saúde, respeitando toda diversidade que se possa encontrar.

A necessidade de trabalho multiprofissional nos cuidados com a saúde é reconhecida por todos e vem sendo incorporada de forma progressiva na prática diária. Treinados durante a formação para atuar individualmente, os profissionais de saúde vivem uma fase contraditória na qual, mesmo sabendo o que é melhor, se veem com dificuldades e pudores para definir limites, intersecções e interfaces.

Este é um trabalho necessário, que exige coragem, determinação e contínua autocrítica para que os objetivos sejam atingidos. Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida. A aquisição do conhecimento é fundamental, mas é apenas o primeiro passo. A implementação efetiva das mudanças é lenta e, por dependerem de medidas educativas, necessitam de continuidade. (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial)

O grande impacto da morbimortalidade cardiovascular na população brasileira, que tem o DM e a HAS como importantes fatores de risco, traz um desafio para o sistema público de saúde: a garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o

desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Lima (2012)

O ideal seria desenvolver ações de prevenção uma vez que a prevenção e o tratamento dessas doenças é um processo lento, pois é necessário ensinar a população a cuidar da saúde, enfatizando em campanhas e ações educativas a mudança do estilo de vida, aceitação e adesão ao tratamento, seja ele farmacológico ou não farmacológico. Alves 2012

Essas ações podem ser individuais ou coletivas, buscando estratégias que alcancem a realidade da população.

Para Fernandes (2013), este cenário demonstra a necessidade de ações educadoras em saúde com algum sentido útil e aplicável para a vida dos usuários do SUS. Considerando os saberes já existentes destes indivíduos, e suas estratégias para conviver com a doença.

Sendo assim o Estado assume a competência de estabelecer de forma constitucional, a garantia de direito ao acesso tanto em serviços da atenção básica como na distribuição dos medicamentos. Henrique (2008)

No funcionamento do Hiperdia, tanto a demanda de recurso enviada para fornecimento dos medicamentos como para formação das equipes de profissionais, é baseado na estimativa de doenças que acometem a população em questão e seu número. Este recurso chega por meio do fundo a fundo, mais conhecido por Piso de Atenção a Saúde, o PAB. Além do auxílio vindo para o Hiperdia através das ESF (Estratégia de Saúde da Família) e Farmácia Popular. Henrique (2008)

Melhorar a adesão ao tratamento não é fácil, e precisa de uma revisão sistemática de intervenções baseada nos recursos tecnológicos, educativos e comportamentais da população e do serviço de saúde, para serem adaptadas às características e necessidades da população abrangente. As ações educativas coletivas, chamadas de grupo de Hiperdia, são uma grande ferramenta de trabalho para os profissionais, pois aumenta a adesão e eficácia do tratamento e conseqüentemente a qualidade de vida dos pacientes. Alves (2012)

A adesão ao tratamento relaciona as ações e comportamentos a respeito do paciente clínico, compreendendo consultas, palestras, grupos de apoio, utilização correta das medicações e prática de exercícios. Essas ações e comportamentos são caracterizados como integrantes do comportamento do paciente em todos os aspectos, agregando todos à sua volta como familiares e amigos e influenciado por sua cultura.

Para Gomes (2010), mais importante que existir programas para indivíduos em tratamento, é garantir o funcionamento adequado destes programas bem como a adesão dos usuários.

Portanto tal investigação visa averiguar a adesão da população com HAS e DM aos grupos do Hiperdia, diagnosticando a visão destes usuários sobre o funcionamento das reuniões gerenciadas pelos profissionais de saúde e sua relevância para uma melhora na qualidade de vida, bem como a amplitude de atendimento alcançada pelos profissionais de saúde em consequência a esta adesão dos usuários.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O presente estudo foi realizado no município de Brunópolis-Sc, localizado na microrregião do Planalto sul de Santa Catarina, contando com 2,690 habitantes. A pesquisa ocorreu em onze comunidades do município entre zona rural e urbana. A pesquisa teve abordagem exploratória quantitativa, e como instrumento principal a análise de dados coletados nas reuniões ocorridas nos grupos de Hiperdia de todo o município, estas coordenadas pela equipe de saúde NASF, nos anos de 2014, 2015. Compõe as reuniões do Hiperdia usuários dos serviços de saúde portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e ou Diabetes Mellitus cadastrados no DATASUS.

Para Henrique (2008), os estudos não experimentais predominam na área da saúde. Esta é a linha seguida neste estudo visando colher e organizar informações com objetivo de observar situações com ocorrência natural. Apresentando perfil epidemiológico, definido por Henrique (2008), como adaptadas estratégias, próprias para aplicação em estudos da saúde da população. A representação deste estudo é de fundo descritivo com intuito de descrever e documentar dados coletados.

A população alvo é constituída por usuários de ambos os sexos, com idade em sua maioria superior a 35 anos, que frequentam as reuniões com inicio a mais de dois anos. A forma de coleta de dados foi por pesquisa nos arquivos da equipe de saúde, registros feitos ao longo das reuniões realizadas nos anos de 2014 e 2015, bem

como na base de dados do DATASUS, nos indicadores de saúde.

O instrumento de pesquisa conta com atas assinadas por todos os usuários participantes após cada reunião do Hiperdia, e com dados fornecidos pela secretaria de saúde do município de Brunópolis nos indicadores de saúde abastecidos para o DATASUS.

Por se tratar de consulta em dados já coletados previa e continuamente pela equipe de saúde, e por não usar nomes e pessoas de forma individual, não se fez necessário o termo de consentimento livre e esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na realidade estudada, observou-se que o tempo destinado as reuniões de Hiperdia conseguem abranger relevante demanda de usuários Hipertensos e Diabéticos do município, possibilitando um vigilante acompanhamento para estes, e assim realizar consultas qualificadas e um atendimento integral na atenção á saúde dos indivíduos. Contudo, existe a parcela que ainda não foi absorvida e faz necessárias estratégias diferenciadas para um melhor acolhimento.

Uma das consequências do fato pode ser referenciada ao fato da distribuição de remédio durante as reuniões de Hiperdia, outro ponto, pode ser a construção de uma ideia de cuidado com a saúde elaborada por parte dos multiprofissionais responsáveis pelos encontros. Que enfatizam a importância do cultivo de saberes sobre a doença, e o correto monitoramento dela pelos indivíduos portadores, repassando

informações e verificando a pressão arterial e o HGT.

É importante ressaltar que a entrega de medicação surge como mais uma estratégia das reuniões do Hiperdia para acolher a maior demanda possível deste público. Lembrando que todo aquele que não participa do programa dificulta o seu amparo e a continuidade de uma assistência qualificada, pois exclui do conhecimento dos profissionais de saúde sua condição cotidiana com a doença e assim a melhor conduta terapêutica a se adotar.

É relevante mencionar, que apesar destas questões, as consultas feitas pela enfermagem se mostram de grande importância, uma vez que elas valorizam a realidade e saberes de todos os usuários que chegam as unidades de saúde. Partindo de então, para construir um acolhimento e uma orientação mais pertinente em cada situação.

Perceber a necessidade de conhecer melhor cada indivíduo, se faz ponto chave para elaborar uma educação coletiva e popular em saúde eficaz. Apesar de esta temática envolver questões amplas e complexas de reflexão, enxergar que os usuários têm sentimentos, experiências e anseios, é fundamental para uma atenção compartilhada de conhecimentos que interajam entre todos os envolvidos de forma amplamente satisfatória e resolutiva.

**Tabela 1.** Dados pesquisados na secretaria de saúde de Brunópolis.

Total Hipertensos	total Diabéticos	Média usuários Hiperdia-Hipertensos	média usuários Hiperdia-Diabéticos
561	110	150	55

Nos anos de 2014 e 2015, os encontros dos grupos de Hiperdia realizados nas onze comunidades do município de Brunópolis, conseguiram atingir interessantes parcelas das populações alvo em questão. Nestes anos conseguiu-se uma média de monitoramento e acompanhamento de 50% dos usuários diabéticos cadastrados nas redes de saúde e de 37,4% dos hipertensos, lembrando que estas são médias mensais, tendo seus valores alterados se analisados mês a mês durante os anos citados.

Ter consciência da necessidade de uma metodologia de educação dialógica fez com que as reuniões do Hiperdia que no município de Brunópolis são coordenadas pela equipe Nasf de saúde, (formada por Educador Físico, Psicólogo, fisioterapeuta) desenvolvessem um calendário de temas abordados em cada encontro mensal, indo desde alimentação saudável, atividade física, tabaco, outubro rosa, novembro azul até ervas caseiras medicinais. Todos estes assuntos abordados e levados aos usuários de forma a fixar algum aprendizado, seja por brincadeiras, jogos ou caminhadas de saber.

Concluindo, estas ações de educação em saúde só atingem de forma esperada a população se o ensinamento oferecido possuir uma significação real aos usuários para desta forma construírem com os indivíduos, não somente para os

indivíduos ações efetivas de saúde. Observando que os índices alcançados ainda não atingem o 100% tão desejado para as estratégias em andamento, mas que conseguem chegar a um número de usuários para os quais se está fazendo toda a diferença entre saúde e adoecimento.

## CONCLUSÃO

Para Fernandes (2013), o atual contexto de saúde exige uma atenção mais integral, que dê ênfase a promoção de saúde, não só se tratando de fatores de risco, mas como na prevenção de doenças e determinantes para uma maior qualidade de vida das pessoas.

Assim esta pesquisa buscou analisar e interpretar os significados dos dados vistos sobre a adesão dos usuários hipertensos e diabéticos nas reuniões dos grupos de Hiperdia. Possibilitando conhecer os usos sociais que os indivíduos informantes trazem a cada encontro mensal, bem como experiências de sucesso e insucesso vividas, aspectos relacionados a saberes sobre suas doenças e dificuldades de saúde, tudo isto com a finalidade maior de conviver, aprender e contribuir para uma melhor e mais monitorada condição de saúde.

Ainda sobre isso Henrique (2008) afirma que, a cronicidade da Hipertensão arterial e do Diabetes Mellitus desencadeia um grande impacto econômico nos cofres públicos e assim para toda sociedade. Gastos estes com tratamento, medicação e possíveis decorrentes complicações destas patologias.

Assim sendo, se faz enxergar a forte importância do atendimento a este público em nível de unidades de saúde da rede de atenção básica. E fundamental para esta estratégia se faz as ações de saúde coletiva como o Hiperdia, que atinge uma população de indivíduos de ambos os sexos, na sua maioria da terceira idade e com maior prevalência de hipertensão.

Este estudo permitiu compreender o quão relevante se torna estas ações de educação em saúde coletiva como o Hiperdia, mostrando através dos registros feitos após cada encontro mensal e em cada uma das onze comunidades rurais e urbanas a adesão dos usuários. Tais registros mostraram uma crescente frequência nos últimos meses a estas reuniões, apontando para maiores interesses sobre os diálogos realizados por parte dos profissionais de saúde, dando significado positivo a construção de saberes múltiplos que expressam as necessidades dos indivíduos com patologias bem como da equipe de saúde que busca um melhor acolhimento e atendimento integral.

Embora exista uma porcentagem grande da população hipertensa e diabética estudada no município de Brunópolis que não frequenta as reuniões mensais do Hiperdia, a parcela já absorvida é um passo importante para a execução desta estratégia de acolhida. Ressaltando que melhorar a assistência e ampliar o convite à população a juntar-se nesta forma de saber coletivo envolve recursos e tempo, mas contribuiria grandemente no auxílio da atenção básica de saúde aos usuários, bem como permitiria por parte da governabilidade uma avaliação e

otimização dos serviços oferecidos em saúde.

Concluindo, acreditar em uma participação mais efetiva no tratamento do usuário é necessário, uma vez que estas práticas terapêuticas permitiriam a amplitude de consciência entre o sujeito e formas para o controle de sua doença.

## REFERÊNCIAS

1. COSTA, Jorge de Assis; BALGA, Rômulo Sangiorgi Medina; ALFENAS, Rita de Cássia Gonçalves and COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.3, pp.2001-2009. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300034>.
2. SILVA, Terezinha Rodrigues et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saúde soc.* [online]. 2006, vol.15, n.3, pp.180-189. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000300015>.
3. SOUZA, Clarita Silva de; STEIN, Airton Tetelbom; BASTOS, Gisele Alsina Nader and PELLANDA, Lucia Campos. Blood Pressure Control in Hypertensive Patients in the "Hiperdia Program": A Territory-Based Study. *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2014, vol.102, n.6, pp.571-578. ISSN 0066-782X. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20140081>.
4. VECHI AP, Santos AF, Scatolin BE, Rodrigues IC, Oliveira MP, Araújo RRDF. Uma prática alternativa de ensinar o portador de doença crônica. *Arq Ciênc Saúde.* 2007; 14 (2):113-7.
5. PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte e BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional Hypertension in Brazil: estimates from population-based prevalence studies. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2006, vol.15, n.1, pp.35-45. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000100003>.
6. MELO, Lucas Pereira de and CAMPOS, Edemilson Antunes de "The group facilitates everything": meanings patients with type 2 diabetes mellitus assigned to health education groups. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2014, vol.22, n.6, pp.980-987. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0056.2506>.
- V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2007, vol.89, n.3, pp.e24-e79. ISSN 0066-782X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007001500012>.
7. SCHMIDT, Maria Ines et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, suppl.2, pp.74-82. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900010>.
8. MINISTERIO DA SAUDE (BR). Plano de Reorganização da Atenção á Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus; manual da hipertensão arterial e diabetes

mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

9. FERNANDES, Catharina Amorim de Oliveira et al. Educação Popular Em Saúde Com O Grupo Hipertensão De Uma Unidade Básica De Saúde. Rev UFPE Enfermagem (on line). 2013, vol. 7, n.8, pp 5157-5164. agosto.

10. GOMES, Tiago José de Oliveira; SILVA, Monique Versia Rocha e; SANTOS, Almira Alves. Controle Da Pressão Arterial Em Pacientes Atendidos Pelo Programa Hipertensão Em Uma Unidade De Saúde Da Família. Rev Brasileira Hipertensão. Vol.17 (3): 132-139, 2010.

11. LIMA, Aisleide de Souza; GAIA, Edviges de Souza Magalhães; FERREIRA Micherllayne Alves. A Importância Do Programa Hipertensão Em Uma Unidade De Saúde Da Família Do Município De Serra Talhada - PE, Para Adesão Dos Hipertensos E Diabéticos Ao Tratamento Medicamentoso E Dietético. Rev. Saúde Coletiva em Debate, 2(1), 30-29, dez. 2012.

12. ALVES, Bruna Araújo; CALIXTO Amanda Aparecida Teixeira Ferreira. Aspectos Determinantes Da Adesão Ao Tratamento De Hipertensão E Diabetes Em Uma Unidade Básica De Saúde Do Interior Paulista. São Paulo 2012.

13. HENRIQUE, Nathalia Noronha et al. Hipertensão Arterial E Diabetes Mellitus: Um Estudo Sobre Os Programas De Atenção Básica. Rev Enfermagem UFRJ. Rio De Janeiro. 2008 Abr-Jun, 16 (2); 168-73.