

Cuidado interprofissional aos portadores de Hipertensão e Diabetes em um grupo de intervenção educacional e terapêutica

Interprofessional care to Hypertension and Diabetes patients in a educational and therapeutic intervention group

Claudenia Fernandes de Oliveira¹, Gisele Maria Melo Soares Arruda², Ana Luisa Almeida Melo³, Suzyane Cortês Barcelos⁴

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são considerados problemas de saúde pública mundial que exigem, além do tratamento medicamentoso, a adoção de hábitos de vida saudáveis. Assim, o Ministério da Saúde reconhece a importância da Estratégia Saúde da Família na atenção a esses agravos. Diante disso, este artigo relata a experiência de implementação de estratégias interprofissionais para o cuidado ao hipertenso e diabético em uma Unidade Básica de Saúde do litoral leste cearense, por meio de grupos com

abordagem educacional e terapêutica. Esse grupo, planejado a partir da identificação da situação de saúde da população por meio do processo de territorialização, aconteceu no período de setembro de 2014 a setembro de 2016. Observou-se que o que mais dificultava a adesão ao tratamento eram os costumes da população e a ausência de uma equipe multiprofissional no atendimento ao usuário. A experiência relatada aponta que o cuidado na HAS e no DM, quando realizado por meio de uma equipe multiprofissional e de forma coletiva, se torna mais efetivo.

Palavras-chave: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Educação em saúde; Relações Interprofissionais; Comportamento cooperativo.

Abstract

Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM) are considered global public health problems that require,

1. Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia cardiopulmonar pela Universidade de Fortaleza, Residente em Saúde da Família e Comunidade na Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará.

2 Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá.

3 Enfermeira. Mestre em Saúde Pública.

4 Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará

in addition to drug treatment, the adoption of healthy lifestyle habits. Thus, the Brazilian Health Ministry recognizes the Health in Family Strategy (HFS) importance in attention to such diseases. Thus, this article reports the strategies implementation experience of interprofessional care to hypertension and diabetes patients, through educational and therapeutic group approach, in a Starfish Basic Health Unit at east coast of Ceara, Brazil. This group, planned from the identification of the health situation of the population through the territorialization process, happened from September 2014 to September 2016. It was observed that population habits and multi professional team absence in costumes service were that made treatment adherence more difficult. The reported experience points out that SAH and DM care, when performed by a multidisciplinary team and in a collective way, becomes more effective.

Keywords: Hypertension; Diabetes Mellitus; health education; primary health care; Family Health; Interprofessional Relations; Cooperative Behavior.

Introdução

No Brasil, é alto o índice de óbitos e de internações hospitalares causados por doenças crônicas. Dentre estas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), também classificadas como Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), são as mais comuns e, de acordo com o Ministério da Saúde, vêm apresentando aumento progressivo no número de portadores, o que as torna problema de saúde pública mundial¹⁻⁴.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde⁵, 6,2% dos brasileiros maiores de 18 anos referem diagnóstico de diabetes, sendo mais prevalente em mulheres e

pessoas com baixo grau de instrução. A evolução do quadro de DM tende a provocar complicações cardiovasculares que acabam por configurar-se como causa de morte nesses indivíduos. Sendo assim, a mortalidade por diabetes é subnotificada, todavia, quando se procede a análise das causas básicas de óbito, a DM está entre a quarta e a oitava causas nos países desenvolvidos².

A HAS, no Brasil, acomete 32,5% da população adulta e mais de 60% dos idosos. E, como as complicações da HAS também afetam o sistema cardiovascular, a HAS contribui com cerca de 50% dos óbitos por doenças cardiovasculares¹.

Sendo assim, a HAS e a DM constituem os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, além de impactarem nos gastos em saúde, na perda de produtividade e no comprometimento da qualidade de vida da população, motivo pelo qual representam agravos da saúde pública, cuja atenção em saúde precisa estender-se desde a Atenção Primária em Saúde até a atenção especializada com foco na reabilitação¹⁻³⁻⁴.

De acordo com o Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica⁶, a possibilidade de associação entre HAS e a DM é de ordem de 50% e requer, nestes casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente, já que as duas doenças apresentam vários aspectos comuns.

Por tratarem-se de problema de saúde complexo, essas patologias necessitam de ação interdisciplinar e interprofissional para que se oferte o adequado cuidado, visando atendimento integral dos indivíduos, família e comunidade. Além disso, toda equipe deve estar capacitada para atuar na prevenção e controle, por meio de ações assistenciais, promoção e educação em saúde³⁻⁴.

A atenção integral aos portadores de HAS e DM exige, além da terapia medicamentosa recomendada para alguns casos, a abordagem pela equipe das modificações no estilo de vida; alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal; controle de peso, prática de atividade física; tabagismo; e uso excessivo de álcool.^{1-4,7-6} Desse modo, o sucesso no controle esperado das taxas de glicemia e pressão arterial depende da adesão do paciente aos diferentes aspectos do tratamento, sendo imprescindível que este incorpore técnicas e práticas que estimulem e/ou facilitem a mudança de estilo de vida.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde reconhece a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na abordagem desses agravos para além do binômio queixa-conduta, permitindo identificar doentes assintomáticos, monitorar o tratamento, estabelecer vínculos entre a equipe de saúde e pacientes-cuidadores e realizar educação em saúde.³⁻⁴

A Estratégia Saúde da Família (ESF), configura-se, então, como eixo central do processo de reorientação dos modelos assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), priorizando a promoção da saúde.^{6,10}

Assim, a Equipe de referência em Saúde da Família (EqRSF) assume papel central na reorganização da política de saúde, rompendo com o modelo tradicional de assistência de enfoque curativo e individual.

Esse modelo de cuidado longitudinal e integral preconizado para a ESF estende-se também à atenção à HAS e ao DM nos territórios. Assim, as EqRSF devem realizar ações de promoção da saúde e prevenção dessas patologias, bem como promover assistência aos pacientes hipertensos e diabéticos, disponibilizando, de acordo com as necessidades de cada

caso, desde o tratamento medicamentoso e comportamental até a promoção de um estilo de vida saudável e prevenção de agravos e complicações associados à patologia. A atuação da EqRSF inclui também cadastramento dos usuários, análise dos indicadores e gestão do processo de cuidado. Diante de tantas atribuições e da multideterminação dessas doenças crônicas, é de fundamental importância o apoio matricial ofertado pelos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).^{11,12} Por meio da metodologia do apoio matricial, o NASF oferece retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às EqRSF, ampliando o escopo de atuação dessas equipes por meio de atividades multiprofissionais assistenciais, educativas, pedagógicas, de educação permanente, de grupos operativos ou terapêuticos, de articulação intersetorial e também de planejamento em saúde.^{11,13,14}

O cuidado à HAS e ao DM no cenário da ESF, diante de sua complexidade, exige, pois, a colaboração entre diversos profissionais. A Colaboração Interprofissional (CIP), no contexto de reorganização do serviço, propõe-se a compartilhar saberes e recursos de modo a contribuir com intervenções mais resolutivas.^{15,16} Por meio da CIP, os profissionais compartilham saberes e práticas na construção de um cuidado centrado no usuário do serviço.¹⁶

De acordo com Peduzzi et al¹⁵, profissionais de saúde com formações diferentes, quando dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulam seu saber na organização do trabalho, o que possibilita tanto compartilhar as ações, como delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa. Essa flexibilidade permite otimizar os recursos e ampliar o reconhecimento e a atenção às necessidades de saúde próprias da população de cada território.

A literatura e a prática apontam a grande importância de um acompanhamento interprofissional ao paciente hipertenso e diabético, tendo em vista que a equipe multiprofissional consegue esclarecer ao paciente não apenas sobre a doença, mas sobre o seu papel no tratamento.¹⁷ Além disso, a atenção à saúde em grupo proporciona o compartilhamento de vivências e o convívio entre usuários que experimentam as mesmas condições de adoecimento, possibilitando uma maior segurança e desejo de cuidar de si e do outro, bem como o aprofundamento de discussões pelas quais consegue-se ampliar conhecimentos e melhor conduzir o processo de educação em saúde, de modo que as pessoas possam superar suas dificuldades, obtendo maior autonomia e podendo viver mais harmonicamente com sua condição de saúde.^{11,18}

Entretanto, no cotidiano dos serviços de saúde, percebe-se que o cuidado aos usuários portadores de HAS e DM de modo longitudinal e compartilhado ainda é desafiador e, muitas vezes, não acontece do modo como a complexidade dos casos exige. Além disso, poucas experiências de condução desse cuidado interprofissional e coletivo na HAS e no DM estão relatadas na literatura.¹⁸

Por outro lado, a experiência como profissional residente com ênfase em Saúde da Família e Comunidade na Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE) revelou, ao mesmo tempo, o desafio de cuidar dos sujeitos portadores de HAS e DM e a potencialidade do trabalho em equipe na perspectiva da CIP. A RIS-ESP/CE constitui modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, caracterizando-se como educação para o trabalho através da aprendizagem em serviço no âmbito do SUS.¹⁹

Diante da lacuna existente na literatura e da vivência de uma experiência exitosa, este artigo se propõe relatar a experiência de implementação de estratégias interprofissionais para o cuidado ao hipertenso e diabético em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) por meio de grupos com abordagem educacional e terapêutica.

Metodologia

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa²⁰⁻²² na modalidade relato de experiência, conforme sistematizado por Holliday.²³

A experiência relatada aconteceu em uma UBS de um município de pequeno porte do litoral leste do Ceará durante o período de atuação na RIS-ESP/CE, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade no município. O território dessa UBS é caracterizado como uma comunidade de pescadores, em cujos costumes estão imbricadas as características singulares desse modo de produção, e que enfrenta diversas dificuldades de acesso por conta dos avanços da maré.

A RIS-ESP/CE – Ênfase Saúde da Família e Comunidade - inclui a atuação de uma equipe multiprofissional de residentes na metodologia de trabalho das EqRSF e NASF, a qual se dispõe a atuar mediante territorialização local de forma dinâmica e interprofissional.¹⁹

No período de 2014 a 2016, uma equipe de 6 residentes inseriu-se na referida UBS, participando de um processo de educação pelo trabalho, no qual pode-se adentrar no território, conhecer suas singularidades e desenvolver estratégias em prol da melhoria das condições de saúde da comunidade adscrita.¹⁹

Uma das atividades disparadas por essa inserção da equipe de residentes foi a criação de um grupo multidisciplinar para

cuidado de usuários com HAS e DM, que se caracteriza como objeto deste relato de experiência. Os encontros do grupo aconteceram semanalmente, no turno da manhã, no período de setembro de 2014 a setembro de 2016, na própria UBS, no formato de salas de espera. Usuários de todas as faixas etárias podiam participar e a atividade era conduzida pela equipe multiprofissional da RIS-ESP/CE, a saber: Fisioterapeuta, Nutricionista, Assistente Social e Psicóloga, apesar de toda equipe da estratégia saúde da família também envolver-se pontualmente nas ações do grupo.

A cada semana, um novo aspecto da caracterização e/ou do tratamento da HAS e DM era abordado. Enquanto os usuários aguardavam sua consulta de HIPERDIA, os profissionais organizavam uma roda de conversa, onde os participantes eram sempre convidados a relatarem suas dúvidas, anseios e experiências.

Os profissionais desenvolviam a atividade pautados na metodologia da Educação Popular em Saúde^{24,25} e, desta feita, também os familiares e acompanhantes eram sempre convidados a também participarem e atuarem como multiplicadores de informações.

Os portadores de HAS e DM faziam acompanhamento na UBS com frequência mensal, por isso havia continuidade nas ações educativas, uma vez que os mesmos usuários participavam mensalmente desse grupo. Todavia, por ser um grupo no formato de sala de espera, observou-se certa rotatividade entre os participantes do grupo ao longo dos dois anos, especialmente devido à inclusão de novos usuários e às mudanças de acompanhantes. O perfil dos usuários participantes era bastante heterogêneo, mas sobressaiam-se, quantitativamente, os idosos e as mulheres.

O roteiro das atividades desenvolvidas, as inquietações originadas nos participantes e as impressões pessoais dos profissionais acerca da experiência educativa eram registradas, semanalmente, em diário de campo pela fisioterapeuta residente. Para a coleta das informações utilizadas nesse trabalho, recorreu-se a esse diário de campo, pertencente a uma das autoras desse artigo. As informações foram sistematizadas e analisadas no período de maio de 2014 a outubro de 2016.

Relatos de experiência não exigem a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, mas, durante este estudo, assegurou-se o cumprimento dos aspectos éticos, tais como o respeito à dignidade humana e a proteção devida aos participantes das atividades aqui relatada.²⁶

A seguir, os resultados serão apresentados e discutidos de acordo com as etapas seguidas para implementação do grupo, a saber: “territorialização e a organização do cuidado ofertado aos usuários com HAS e DM”; “o desenvolvimento da atividade”; e “a integração interprofissional”.

Resultados e Discussão

1. Territorialização e a organização do cuidado ofertado aos usuários com HAS e DM

Para se ofertar cuidado efetivo, é preciso conhecer do que se irá cuidar. Uma das atividades disparadas pelo Projeto Político Pedagógico da RIS-ESP/CE, logo na chegada dos residentes ao município, foi a territorialização da respectiva área de atuação.¹⁹

O trabalho na ESF deve levar em conta, primeiramente, o conhecimento do território onde se vai atuar, o que significa ir além dos muros da UBS e conhecer a área de abrangência da UBS para identificar como vivem, adoecem e morrem as pessoa.²⁷

Segundo Gondim e Monken²⁸, o território da saúde não é só físico ou geográfico: é o trabalho ou a localidade. O território é local de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho e para o trabalho. Os territórios estruturam habitus, os quais não são simples e nem dependem de um simples ato de vontade. Sua transformação inclui a luta pelo amplo direito à saúde. Por isso, a territorialização é etapa primordial da gestão do cuidado integral em saúde.

Durante o período da territorialização conduzida pelos residentes, identificou-se grande número de pessoas portadoras de HAS e DM, contudo, a maioria destes não realizava o tratamento correto e muitos desconheciam a necessidade de cuidados para além da medicação. Somando-se a isso, observou-se que o acompanhamento estava restrito à consulta médica e renovações de receitas, demonstrando, na prática, a fragilidade desse modelo de cuidado para os casos de HAS e DM já apontada por Leyva²⁹, bem como reforçados pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial¹, e pelas diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes².

Observou-se ainda que um dos fatores que mais dificultava a adesão ao tratamento eram os costumes da população. Por ser uma comunidade pesqueira, as pessoas estavam acostumadas a uma alimentação rica em sódio, uma vez que a conservação dos pescados, quase sempre, é feita com sal. Caso não haja um cuidado adicional no preparo dos alimentos, toda a elevada concentração de sal, e conseqüentemente de sódio, utilizada nessa conservação dos alimentos é absorvida pelos comensais.

Nesse cenário, os usuários estavam preocupados somente com o uso correto da medicação, esquecendo-se da necessidade

da mudança nos hábitos de vida e até mesmo desconhecendo o risco associado a alguns comportamentos cotidianos. É extremamente relevante que o paciente hipertenso assuma maior responsabilidade no seu tratamento. Esse processo de empoderamento deve acontecer a partir de atividades educativas³⁰. Porém, tais atividades também eram escassas na realidade investigada.

Além disso, pôde-se perceber que a ausência de uma equipe multiprofissional junto a EqRSF dificultava bastante o trabalho com os hipertensos e diabéticos, por acabar reduzindo o olhar diagnóstico e terapêutico, bem como sobrecarregando o profissional médico e enfermeiro.

Afinal, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde^{3,4}, e com os estudos de Vilar³¹, e Palota³², tratar um usuário com hipertensão ou outra doença crônica é tarefa muito difícil para o um profissional isoladamente. Por mais competente e melhor intencionado que seja o profissional, este é um trabalho para uma equipe multiprofissional.

De forma objetiva, com a territorialização, identificou-se que o trabalho realizado com os indivíduos hipertensos e diabéticos estava restrito a uma consulta médica anual com solicitação de exames e entrega de medicações mensais baseadas nas renovações de receitas ou nas informações contidas nos prontuários. Esporadicamente, acontecia alguma atividade educativa, no modelo de sala de espera, conduzida pelo enfermeiro responsável.

Mediante tal situação, eram altas as taxas de abandono do tratamento, bem como de ineficiência do mesmo. Some-se a isso o fato de muitos, dentre os usuários do território que necessitavam de cuidados mais específicos, como os da Fisioterapia por exemplo, terem essa necessidade por conta de complicações secundárias a HAS e ao DM.

A partir do reconhecimento dessa realidade, os residentes identificaram a necessidade da realização de um trabalho mais consolidado com esse público.

Dialogando com a EqRSF sobre as observações feitas ao longo da territorialização, sugeriu-se a formação de um grupo com os usuários portadores de HAS e DM (HIPERDIA), em que se pudesse conversar de forma mais aprofundada e contínua com os usuários sobre seus agravos de saúde e o que eles poderiam fazer para evitar as complicações advindas dessas patologias. O grupo foi idealizado com objetivo de promover a saúde desses sujeitos e prevenir complicações por meio de atividades de educação em saúde de cunho informativo, lúdico e cotidiano³³.

A ideia do grupo foi bem aceita por todos da equipe e pactuou-se que o melhor momento para realização do grupo seria antes da consulta médica. A cada semana, o grupo acolheria os usuários de uma microárea específica, de modo que todas as microáreas fossem contempladas pelo menos uma vez ao mês. Contactaram-se, então, os agentes comunitários de saúde (ACS) e foi solicitado que eles mobilizassem a população de sua microárea para participação nos encontros do grupo. Os mesmos, reconhecendo essa necessidade de saúde, engajaram-se com empenho nessa tarefa.

Os usuários convidados, sempre que iam à UBS para suas consultas de rotina, participavam de rodas de conversa com temas diversos, elencados por eles mesmos. Dentre os temas trabalhados, podemos citar: benefícios da atividade física, alimentação saudável, controle da ingestão de sódio e carboidratos, medicações para controle da pressão arterial e da glicemia, possíveis complicações da HAS e do DM etc.

Percebeu-se ainda que a participação e engajamento dos ACS era de fundamental importância, pois eles constituem-se peça-chave para que a comunicação entre comunidade e equipe possa acontecer. O ACS, no seu cotidiano de trabalho, assume a responsabilidade de fazer um intercâmbio entre a comunidade e a EqRSF, estreitando o elo entre ambos. Esse elo foi bastante evidenciado pela experiência aqui relatada.³⁴⁻³⁵

A equipe multiprofissional que conduzia o grupo era composta por fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista e assistente social, todos pertencentes ao NASF residente. Além destes, também participavam a enfermeira residente e a enfermeira responsável pela unidade. Todos estes profissionais atuavam em conjunto, conversando sempre sobre a importância de se atuar interprofissionalmente³⁶, e buscando proporcionar que o processo educativo resultasse em mudanças de atitude ou comportamento.^{17,30,32}

Para o grupo de hiperdia, contou-se ainda com o apoio da técnica de enfermagem, que desempenhava o papel de recepcionista, além de organizar e motivar os usuários enquanto estes aguardavam a atividade começar. Ela também mensurava a PA desses usuários, verificando se estavam aptos para, além da roda de conversa, participarem do segundo momento em grupo, o qual compreendia a realização de práticas corporais.

2. O desenvolvimento da atividade

O momento em grupo era realizado semanalmente, todas as terças-feiras pela manhã, com duração de uma hora e meia. Os usuários hipertensos e diabéticos e aqueles com fatores de risco associados a esse quadro clínico, ao longo desse período, além das consultas médicas específicas, tiveram o acompanhamento

da equipe multiprofissional responsável pelo grupo pelo menos uma vez ao mês.

Na primeira reunião com cada microárea, foi conversado sobre o porquê do surgimento do grupo, a partir da apresentação da realidade e da situação de saúde local para os próprios usuários. O grupo aceitou a sugestão e solicitou que as reuniões acontecessem sempre antes da consulta médica ou no dia da dispensação da receita (o que acontecia em dias semelhantes), assim eles não precisariam se deslocar mais uma vez até a UBS. A sugestão quanto ao momento de realização da atividade foi acatada, especialmente por entender que, assim organizando a atividade educativa, seria maior a adesão dos usuários.

Nesse primeiro encontro foi pactuado também que o grupo iniciasse cedo e pontualmente, para que não viesse a interferir nas consultas. Deste modo, primeiramente, se realizava a sessão grupal e, na sequência, aqueles agendados para atendimento médico seguiam para a consulta.

Como as reuniões aconteciam sempre antes das consultas médicas, não houve necessidade de alterar a agenda da unidade, todos os profissionais seguiam com suas agendas de rotina logo que a ação educativa era finalizada. Devido a isso, obteve-se também grande adesão dos usuários. Posteriormente, notou-se ainda um interesse a mais pelo momento em grupo, referido por um dos participantes:

“É bom né, porque antes a gente só vinha pro médico, por que nós num sabia que precisava ir pra outro doutor. A gente pensava que era só pro médico. E aqui é bom porque a gente conversa, se distrai, se anima, e, enquanto o doutor num chega, a gente fica aqui conversando, aprendendo os exercícios” (fonte: diário de campo).

Quanto à atividade grupal em si, primeiramente realizava-se uma conversa com algum dos profissionais da equipe sobre orientações que se fizessem necessárias, de acordo com as dúvidas e inquietações trazidas pelos usuários. Depois disso, sempre era feita uma explanação sobre os cuidados a serem tomados para se obter o controle da HAS e DM e qual forma de tratamento dever-se-ia seguir. Os usuários foram sempre estimulados a exporem suas dúvidas em relação a algum aspecto da saúde por meio de perguntas e relatos de situações cotidianas.

Os temas de cada encontro eram sugeridos pelos próprios participantes do grupo. Algumas das temáticas abordadas foram: alimentação saudável; prevenção de complicações da HAS e do DM; esquema medicamentoso; bem-estar; estilo de vida saudável; prevenção da HAS e do DM em casa e na comunidade etc. Além destes, outras indagações foram surgindo a partir das conversas e abrindo espaço para outras discussões.

Após a roda de conversa, seguia-se um momento de práticas corporais, conduzido pela fisioterapeuta residente, cujo objetivo era capacitar os usuários a desenvolverem atividades corporais em casa, de forma eficaz e segura. Orientava-se também sobre a importância da prática de atividades físicas, uma vez que o sedentarismo, muitas vezes associado à obesidade, é fator de risco para a HAS e DM.

Quanto às práticas corporais, observou-se que a grande maioria dos usuários não compreendiam a importância do exercício físico para a adoção de um estilo de vida saudável e consequente controle da PA e do índice glicêmico. Além disso, muitos dos que já praticavam alguma atividade física a desenvolviam de forma indiscriminada e sem importar-se com alguns cuidados básicos:

“Eu não sabia que era pra ser assim não. Eu caminho porque assim, né, eu vou pra um canto aí vou a pé. Ou então, de tardezinha, vou caminhar mais minha vizinha de chinelo mesmo. Num sabia que precisava usar um sapato pra fazer caminhada. Por isso que acho bom quando venho pro grupo, porque a gente conversa mais e fica sabendo como é que tem que fazer os exercícios” (fonte: diário de campo).

Além das práticas corporais e das orientações sobre DM e HAS, aproveitava-se a oportunidade para orientar os usuários sobre outras temáticas pertinentes ao campo da saúde, como os benefícios e cuidados assistenciais disponíveis aos idosos, violência contra mulher, saúde mental, entre outros.

Os recursos utilizados durante as atividades eram simples e de responsabilidade do profissional responsável pela atividade de cada dia. Eram entregues folders de acordo com o tema abordado e síntese da orientação nutricional específica ao agravo de saúde que cada usuário possuía. Vale ressaltar que toda a atividade grupal era conduzida com adoção de uma linguagem mais popular e buscando proporcionar momentos descontraídos de aprendizado, troca de experiências e convivência mútua.^{11,18}

Após o término da reunião, o profissional responsável colhia a assinatura de cada um dos presentes e fazia um relatório deixando-o em anexo no livro de registros da UBS.

Esse tipo de trabalho, realizado por meio de grupos de intervenção, busca garantir o cuidado integral e interprofissional aos usuários da ESF. Nos casos de HAS e DM, tais intervenções educativas são importantes na tentativa de reverter o aumento de número de hipertensos e diabéticos na comunidade e obter-se o controle das taxas de glicemia e PA daqueles já acometidos.

Avalia-se, portanto, que o resultado destas práticas educativas se torna mais eficaz quando realizadas na perspectiva interprofissional, além de proporcionar uma atenção à saúde de forma mais abrangente.^{31,36}

3. A integração interprofissional

A realização desses encontros de educação em saúde também possibilitou uma abertura da equipe da UBS à CIP. A articulação interprofissional foi identificada pelos próprios profissionais envolvidos na atividade como de fundamental importância. Equipes interprofissionais são definidas como aquelas constituídas por duas ou mais categorias profissionais que compartilham conhecimentos e práticas para o planejamento e execução de projetos e atividades no seu contexto de trabalho.^{37,38}

Com o planejamento e execução do grupo de intervenção educacional e terapêutica, a comunicação entre os membros da equipe, apesar de dificultada pela intensa rotina do trabalho, foi bastante consolidada. Os profissionais do NASF residente estabeleceram um turno semanal de encontro para planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas na UBS. Além disso, este momento fora criado com o objetivo de garantir a comunicação interprofissional, já que, de acordo com Araújo e Galimberti¹⁶, a CIP é uma dimensão bastante significativa no contexto geral dos processos e organizações de trabalho, apresentando-se como um construto polissêmico, complexo, atual e emergente no sentido de dar respostas às necessidades envolvidas no trabalho em equipes, sobretudo nos serviços de saúde.

A CIP pressupõe exatamente esses momentos de encontro e planejamento compartilhado para que todos os profissionais possam integrar-se nas diversas etapas da intervenção, tendo em vista que o trabalho

compartilhado, além de mais eficiente, é um recurso que amplia a atuação profissional para outras áreas de conhecimento.^{37,38}

Além disso, a equipe de residentes estava sempre presente nas reuniões da EqRSF, que aconteciam mensalmente. O objetivo era manter o contato com os profissionais da UBS para relatar sobre o que estava funcionando bem, ajustar o que precisava melhorar, bem como compartilhar os casos mais complexos que eram identificados no grupo e demandavam atenção especial. De acordo com os estudos de Matuda³⁶ e Arruda e colaboradores³⁸, reuniões deste tipo possibilitam um espaço de aprendizado, troca de saberes e aprimoramento da prática, trazendo benefícios para a atuação profissional e qualificando a atenção.

Apesar da boa relação entre os profissionais, por algumas vezes, existiram leves conflitos. Especialmente no primeiro período de implantação do grupo, houve um desentendimento quanto à finalidade dos encontros e, por vezes, alguns profissionais chegavam a encará-lo com um turno livre para realização de outras atividades. Contudo, diante da percepção do potencial de promoção da saúde desse espaço, alcançou-se o alinhamento na compreensão sobre o intuito do grupo e total adesão dos trabalhadores da UBS.

Outro conflito instaurou-se quanto à definição de quais temáticas poderiam ser incorporadas nestes momentos em grupo, já que também foram abordados temas gerais de interesse do público idoso e feminino. Diante da formação profissional de caráter uniprofissional, muitas vezes há uma tendência em desvalorizar o saber do outro e supervalorizar a área de conhecimento específico da própria categoria. No entanto, de acordo com Matuda *et al*³⁶, a CIP envolve exatamente o estabelecimento de um constante processo

de comunicação e de tomada de decisões compartilhadas, que permite superar a lógica interprofissional e possibilita que conhecimentos e habilidades diferentes interajam de forma sinérgica em prol do usuário e da comunidade.

Conclusão

A atenção à saúde dos usuários com HAS e DM demanda efetivas ações no controle das doenças crônicas e suas consequências, culminando com a mudança de hábitos e educação da população. Por isso, o cuidado esperado para esses casos deve ir além da disponibilização de consultas médicas e medicação. Nesse contexto de concretização de uma clínica ampliada, a ESF tem papel fundamental. Contudo, ainda se faz necessário estruturar melhor a rede de atenção às pessoas com doenças crônicas e ofertar maior apoio às EqRSF para que estas promovam cuidado integral aos portadores de HAS e DM.

Nota-se ainda certa limitação das equipes de saúde em desenvolver atividades junto a esse público em uma linha de cuidado mais abrangente. Sendo assim, o NASF vem sendo solicitado para desenvolver de forma interprofissional o apoio às EqRSF. No entanto, esse ainda é um processo que encontra muitas barreiras técnicas, políticas e relacionais que perpassam a organização dos processos de trabalho, a apropriação das metodologias de trabalho compartilhado em saúde e os diversos aspectos de interação e integração em equipe multiprofissional.

Todavia, este relato de experiência apontou a importância do trabalho com grupos de intervenção terapêutica e educacional. Essa modalidade de cuidado, além de garantir a convivência mais estreita entre o profissional e o usuário, trazendo à tona a voz do usuário, suas compreensões

e suas reivindicações, também possibilita a troca de experiências entre usuários que vivem situações semelhantes. Com o grupo, oferta-se cuidado em outra perspectiva: os sujeitos assistidos ganham protagonismo e os profissionais permitem-se imbricar no modo de vida, nos costumes e nas inquietações dos usuários. Além disso, o momento favoreceu a descontração e o alívio mental.

Portanto, o estudo realizado aponta que o cuidado na HAS e no DM, quando realizado por meio de uma equipe multiprofissional e de forma coletiva, se torna mais efetivo, pois o usuário aprende não só com os profissionais, mas também com os outros usuários. Por outro lado, nesse modelo de trabalho, os profissionais podem acessar com mais clareza as reais necessidades de saúde da população e organizar um cuidado efetivo e integral.

Além disso, trata-se uma modalidade de intervenção simples, que pode ser replicada por outras equipes da ESF, em outros cenários de práticas, contrabalanceando a prática clínica tradicional por meio da construção de estratégias educativas e participativas. Sendo assim, este artigo contribui com a literatura na publicização de uma experiência exitosa que pode oferecer subsídios a estudantes, profissionais e gestores da ESF para a organização do cuidado aos usuários com HAS e DM.

Por outro lado, é importante ressaltar que, por ser o relato da experiência de uma equipe apenas, esse estudo apresenta limitações. Outrossim, as reflexões trazidas nesse estudo poderiam ter sido enriquecidas e embasadas por análises epidemiológicas da situação de saúde da população local antes e depois do início da intervenção. Porém, por ser um relato de experiência, este objetivo fugiu do escopo

desse artigo, o que pode ser considerada uma limitação.

Entretanto, sugere-se que, a partir do que aqui foi descrito, outros estudos possam ser desenvolvidos, seja no compartilhamento de experiências em outros contextos, seja na vinculação da análise epidemiológica com a realização de ações educativas.

Referências

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. 2016.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo-SP: Editora Clanad; 2017.
3. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus. Brasília-DF; 2013.
4. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília-DF; 2013.
5. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro-RJ; 2013.
6. Ministério da Saúde. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde. Porto Alegre-RS: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2009.
7. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2006;22(2):377-85.
8. Silva TR, Feldmam C, Lima MHA, Nobre MRC, Domingues RZL. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Saúde e Sociedade. 2006;15(3):180-9.
9. Souza MLP, Garnelo L. "É muito difícil!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24(1):91-9.
10. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília-DF; 2017.
11. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília-DF; 2014.

12. Figueiredo EN. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos: Módulo Político Gestor; 2012.
13. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*. 2013;47(5):968-75.
14. Campos GWS, Domitti AC. Matrix support and reference team: a methodology for interdisciplinary health work management. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.
15. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Rev esc enferm USP*. 2013;47(4):977-83.
16. Araújo EMD, Galimberti PA. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. *Psicologia & Sociedade*. 2013;25(2):461-8.
17. Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion Junior D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 2009;16(1):38-43.
18. Santos FAS, Marques D, Abrahão AL, Barreto A. Vivenciando um grupo com usuários diabéticos e hipertensos: relato de experiência. *Revista Cuidado é Fundamental*. 2010;8(4):261-5.
19. Governo do Estado do Ceará. Regimento Residência Integrada em Saúde. Fortaleza-CE: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; 2013.
20. Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa qualitativa em serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi MLM, Mercado FJ, editors. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 99-120.
21. Mercado FJ, Bosi MLM. Introdução: Notas para um debate. In: Mercado FJ, Bosi MLM, editors. *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. 2. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
22. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. 407 p.
23. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; 2006.
24. Ministério da Saúde. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília-DF; 2014. 224 p.
25. Gomes LB, Merhy EE. A educação popular e o cuidado em saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2014;18(s2):1427-40.
26. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016. Brasília-DF; 2016.
27. Santos AL, Rigotto RM. Territory and territorialization: incorporating the production, labor, environment, and health relations in primary health care. *Trab educ saúde*. 2010;8(3):387-406.
28. Gondim GMM, Monken M. Territorialização em Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*: Fiocruz; 2009.
29. Leyva NS. Plano de ação para estimular a abordagem multidisciplinar aos hipertensos e diabéticos da ESF Curral de Dentro 1. Pedra Azul-MG: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
30. Figueiredo NN, Asakura L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2010;23(6):782-7.
31. Vilar IG. Estratégias para aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em uma unidade básica de saúde de Matriz de Camaragibe - AL. Maceió-AL: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
32. Palota L. Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2010.
33. Souza PS, Moreira J, Ghisi Victor E, Ceretta LB, Tuon L. Health Education Groups to Control Tobacco Use in Criciúma City: Physiotherapist Practice. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*. 2013;6(3):8-20.
34. Filgueiras AS, Silva ALA. Community Health Agent: a new actor in the Brazilian health scenario. *Physis*. 2011;21(3):899-916.
35. Brito RS, Ferreira NEMS, Santos DLA. Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. *Saúde Transform Soc*. 2014;5(1):16-21.
36. Matuda CG, Aguiar DML, Frazão P. Interprofessional collaboration and the Brazilian Sanitary Reform: implications for delivery of healthcare. *Saude soc*. 2013;22(1):173-86.
37. Rocha FAA, Barreto ICHC, Moreira AEMM. Colaboração interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2016;20(57):415-26.

38. Arruda GMMS, Barreto ICHC, Ribeiro KG, Frota AC. O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. *Interface Comunicação Saúde Educação*. 2017;21(2):5-8.

Endereço para correspondência

Claudenia Fernandes de Oliveira
Escola de Saúde Pública - ESP
Av. Antonio Justa, 3161 – Meireles
Fortaleza – CE
CEP: 60.165-090
claudenia_@hotmail.com