

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ - FACENE/RN

SILVIANEIDE PESSOA PORTO

**PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN SOBRE A IMPORTÂNCIA DO HIPERDIA**

MOSSORÓ

2014

SILVIANEIDE PESSOA PORTO

**PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN SOBRE A IMPORTÂNCIA DO HIPERDIA**

Monografia apresentada à Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró –
FACENE/RN, como exigência parcial para a
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa

MOSSORÓ

2014

SILVIANEIDE PESSOA PORTO

**PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN SOBRE A IMPORTÂNCIA DO HIPERDIA**

Monografia apresentada pela aluna Silvianeide Pessoa Porto, do Curso de Graduação em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: _____ de _____ 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa (FACENE/RN)
ORIENTADORA

Prof^ª. Esp. Ana Cristina Arrais (FACENE/RN)
MEMBRO

Pro^º Esp. Luccídio Clebson de Oliveira (FACENE/RN)
MEMBRO

Prof^ª. Esp. Ananka Nei Araújo Maia (FACENE/RN)
MEMBRO

Dedico a Deus e a minha família, em especial a minha irmã, cunhado e sobrinhos, que sempre me apoiaram.

AGRADECIMENTOS

Ao DEUS pai todo poderoso criador do universo que habita em mim com toda a sua glória, fortalece e me sustenta por toda a minha existência, não permitindo que as dificuldades enfrentadas impeçam o meu caminhar. Obrigado, Senhor, humildemente pelos dons que o senhor me concedeu, como o de falar, ouvir, ler e compreender, com eles me permitindo a realização deste trabalho.

A minha orientadora e professora Karla Simões Cartaxo Pedrosa, que no decorrer do curso contribuiu com a formação de conhecimentos teóricos e nas práticas integradoras, contou-se ainda com sua participação nos Estágios Curricular Supervisionado I, II, III, IV e V. Adquiri ao longo do curso afinidade, acreditei na sua competência e contei com sua parceria para desenvolver esse trabalho. Obrigada pela paciência em ler os *e-mails* que enviei, com certeza foram cansativos. As trocas de *e-mail*, assim como os encontros, me causaram desânimo e cansaço. Acredito que com a Sr.^a professora não foi diferente, porque tinha ainda outras orientandas. Enfim, no momento oportuno conduziu-me do erro ao acerto.

Agradeço especialmente àqueles que foram mas do que professores, e sim mestres e amigos, no início do curso me apoiaram com incentivo e motivação. São eles Micheline Maciel Thibério, Wesley, Verusa, Tatiana, Fausto, dentre outros que já não fazem mais parte do grupo de docentes, mas por quem tenho grande admiração. Faltam-me palavras para agradecer a todos que, com paciência e força de vontade, se dedicaram a oferecer o melhor, como Sandra Celi, Patrícia Helena, Caio, Thiago Enggle, Lúcidio Clebson, Ivone Borges, Jose, Ana Arrais, Ananka, Gisele, Cassia e a todos mesmo aqueles em que seus nome deixaram de ser citados. Hoje tenho por vocês mais do que admiração: criamos laços afetivos de modo que por mais que o tempo passe e a distância nos separe ninguém poderá tirar de mim os tesouros que vocês me deram: conhecimento e sabedoria.

Agradeço a todas as pessoas envolvidas na instituição durante o processo acadêmico em todos os setores da Faculdade: biblioteca, laboratórios, coordenação, secretária, tesouraria, almoxarifado, limpeza e cantina.

Aos amigos e colegas de curso que tive a oportunidade de encontrar na faculdade. Alguns estiveram mais próximos e tive oportunidade de compartilhar com esses meus medos e angústias, como também alegrias: em especial agradeço a Lucélia Pontes e Raianny Araújo por muitas horas de estudo em grupo e as muitas discussões geradas durante as construções dos trabalhos. No decorrer desses quatro anos, partilhamos do que acredito ser uma verdadeira amizade. Agradeço a Geneide Bento, Saionara e Lucélia pelos momentos de

estágio em que fiquei com vocês, que contribuíram para um melhor desenvolvimento nas práticas, me transmitindo maior segurança. Obrigado a Claudete e Cláudia, de quem estive mais próxima nos primeiros passos da Faculdade; porém, todos os momentos vividos foram grandiosos e importantes para mim. Agradeço às demais colegas Carol, Dayara, Edna, Francilene, Hellen, Sheila e Thainã, como também aos colegas de curso que estiveram no início do curso e por algum motivo deixaram de fazer parte dele.

Não poderia deixar de agradecer a toda a minha família, que tanto esperou por esse momento, acreditando e torcendo por essa conquista, em especial ao meus pais e minha irmã Maria Veralúcia Pessoa Porto e seu marido Telmir de Souza Soares, que me encorajaram e custearam todas as despesas durante minha vida acadêmica.

Agradeço em especial a todas as instituições de Saúde, secretária de saúde, vigilância em saúde, dentre outras, bem como aos profissionais e aos preceptores que me receberam e acolheram em seus espaços de trabalho no desenvolvimento dos conhecimentos teóricos adquiridos na academia, me permitindo conhecer as rotinas diárias do trabalho.

A hospitalidade pode ser entendida como uma das expressões do cuidado, com ela as pessoas, as comunidades e os povos alimentam a reciprocidade entre si e reforçam o laço de paz e amizade entre eles (LEONARDO BOFF).

RESUMO

O diabetes Mellitus, assim como a hipertensão arterial, é a principal causa de mortalidade e hospitalizações, amputações de membros inferiores, representando ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. Torna-se relevante observar que existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações, ao que as pessoas e comunidades progressivamente têm acesso. Neste sentido, objetiva-se: analisar a percepção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Mossoró/RN sobre a importância do HIPERDIA; caracterizar a situação socioeconômica dos participantes da pesquisa; verificar a concepção dos enfermeiros sobre a importância do HIPERDIA na estratégia saúde da família; identificar a existência de ações dirigidas ao HIPERDIA na estratégia Saúde da Família; listar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para prestar assistência específica aos usuários do HIPERDIA. Trata-se de uma pesquisa com características do tipo descritiva e exploratória de caráter quantiqualitativa, desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A escolha dos locais se deu pelo fato de ser o local de atuação dos enfermeiros e ser de melhor acesso à pesquisadora associada. A população do estudo constituiu-se por enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde. Realizou-se a pesquisa com uma amostra de nove enfermeiros. Para a coleta dos dados da pesquisa, utilizou-se um roteiro de entrevista. A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE João Pessoa/PB e do encaminhamento de Ofício pela Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE/RN ao local da pesquisa. A entrevista foi gravada em MP3 e transcrita na íntegra a fim de se obter uma melhor interpretação e análise dos resultados. Os dados foram coletados entre os meses de março e abril de 2014. A análise dos dados foi realizada por meio do método de pesquisa quantiqualitativa, durante os meses de abril e maio. A pesquisa foi embasada na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. Com relação à prática de pesquisa no âmbito da atuação do enfermeiro, a pesquisa foi orientada pelo Código de ética Profissional regulamentado por meio da resolução 311/07 COFEN. Os resultados demonstram que o sexo feminino prevalece, sendo 67% dos entrevistados católicos, 22,2% evangélicos e 11,1% de outra religião. Quanto à escolaridade 100% dos entrevistados, havia graduados e pós-graduados. A faixa etária dos entrevistados está entre trinta e quatro e cinquenta e quatro anos. O tempo de formação varia entre nove e vinte e oito anos. Na análise dos dados, os entrevistados têm uma percepção positiva sobre o programa HIPERDIA, que norteia toda a assistência com acompanhamento continuado e integração da equipe. Na concepção dos entrevistados, o programa HIPERDIA visa à qualidade de vida dos cadastrados e ao trabalho em equipe. Dentre os entrevistados, houve quem demonstrasse descontentamento por não conseguir realizá-lo na íntegra devido a limitações para desenvolver o trabalho. Existem ações em todas as UBS visitadas realizadas com criatividade e com estratégia. Dentre as dificuldades encontradas pelos entrevistados, destacam-se: adesão dos usuários; falta de participação nas ações educativas; descontinuidade do tratamento; falta de medicação; incentivos para os usuários; dispositivos para as práticas de ações educativas; espaço para reuniões; equipe desfalcada e falta do profissional médico. Durante a pesquisa, observou-se que os profissionais enfermeiros na assistência aos clientes cadastrados no programa HIPERDIA procuram desenvolver suas práticas educativas priorizando a qualidade de vida dos clientes, mesmo com os recursos indisponíveis, mediante dificuldades elaboram estratégias para o cuidado.

Palavras-Chave: Hipertensão Arterial. Assistência de Enfermagem. Ações Educativas

ABSTRACT

The diabetes mellitus as well hypertension is responsible for the main causes of mortality and hospitalization, amputations in Brazil it also represents 62,1%,of primary diagnoses in patients with chronic renal failure undergoing dialysis. It is relevant to note that there are sufficient scientific evidence and information to prevent and/ or delay the onset of diabetes and it's complications and that people and communities increasingly have access to such care. In this sense the objective is: To analyze the perceptions of nurses of the Family Health Strategy in Mossoró-RN about the importance of the HPERDIA; Characterize the socioeconomic Status in the Family health strategy; identify the existence of actions for specific HIPERDIA users; Check the conception of the nurses about the importance of HIPERDIA in the family health strategy; List the difficulties faced by nurses in providing assistance for specific users HIPERDIA. This is a descriptive and exploratory research with quant qualitative The choice of places was due to the fact that it was where the nurses worked and it was the place with the best access to associated research. The study population consisted of nurses working in Basic Health Units the research took place with taking 09 nurses as sample. To collect the data from the survey a structured interview was used. Data collection was performed after the Project was approved by the ethics Research Committee FACENE-RN/FAMENE João Pessoa/PB and the routing of a Craft by the Coordination of the Nursing course FACENE/RN to the research place The interview was recorded in an MP3 player, and then transcribed in full in order to obtain a better interpretation and analysis of results. Data were collected between March and April 2014. Data analysis was performed using the method of quant qualitative, during the months of April and May. The research was based on the resolution of the National Health COUNCIL (CNS) 466/2012, which deals within the work of nurses, the research was guided by code Professional Ethics regulated by Resolution 311/07 COFEN. The results demonstrate that females prevails, and 67% of respondents are catholic, 11,1% other religions; regarding schooling 100% of respondents claimed to be graduate and post graduate the age of the respondent is between 34 to 54 years old, the time of graduation varies from 9 to 28 years. In data analysis, the respondents have a positive perception about the program HIPERDIA they say it guides every assistance with continued monitoring, and team integration. n the conception of the interviewees HIPERDIA program focuses on the quality of life of enrolled and teamwork, among respondents There are those who demonstrate dissatisfaction for failing to carry out in its entirety due limitations to develop the work. There are actions in all visited USB carried out with creativity and strategy. Among the difficulties encountered by respondents include: membership of users; lack of participation in educational actives; meeting space; de pelted staff and lack of medical professional. During the research It was observed that nurses in assisting clients registered on HIPERDIA program seek to develop their educational practices, prioritizing quality of clients, even with unavailable resources though difficulties design strategies for care.

Keywords: Hypertension. Nursing Care. Educational Actives.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 10 |
| 1.1 HIPÓTESE..... | 11 |
| 2OBJETIVOS | 12 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 12 |
| 2.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 12 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO | 13 |
| 3.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E HIPERDIA | 13 |
| 3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL | 15 |
| 3.3 TERAPÊUTICAS NA HIPERTENSÃO | 16 |
| 3.4 DIABETES MELLITUS: TIPO I, TIPO II, GESTACIONAL E PRÉ-DIABETES | 17 |
| 3.5 TERAPÊUTICA NO DIABETES | 19 |
| 4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS | 21 |
| 4.1 TIPO DE PESQUISA | 21 |
| 4.2 LOCAL DA PESQUISA | 21 |
| 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA | 22 |
| 4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS | 22 |
| 4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS | 23 |
| 4.6 ANÁLISE DOS DADOS | 23 |
| 4.7 DESFECHOS | 23 |
| 4.7.1 Desfecho primário | 23 |
| 4.7.2 Desfecho secundário | 24 |
| 4.8 ASPECTOS ÉTICOS | 24 |
| 4.9 FINANCIAMENTO | 24 |
| 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 26 |
| 5.1 DADOS REFERENTES AOS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS..... | 26 |
| 5.2 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS | 30 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 39 |
| REFERÊNCIAS | 41 |
| APÊNDICES | 44 |
| ANEXO | 48 |

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial é a patologia cardiovascular de maior prevalência na população brasileira geral. O Ministério da Saúde revela que dezesseis milhões de brasileiros são portadores de hipertensão arterial, com 50% desconhecendo sua condição patológica (BRASIL, 2010). O Diabetes Mellitus é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina ou da incapacidade da insulina em exercer adequadamente suas funções, constituindo uma condição crônica que exige do portador contínuo autogerenciamento do estilo de vida e adaptação à doença (SANTOS, 2008).

O diabetes, assim como a hipertensão arterial, é no Brasil a primeira causa de mortalidade, hospitalizações e de amputações de membros inferiores, representando ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. Torna-se relevante observar que existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir ou retardar o aparecimento do diabetes e suas complicações, ao que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso (BRASIL, 2006).

A mudança do estilo de vida, ocasionada pelo acelerado processo de modernização e seus avanços, tem provocado queda da qualidade de vida e elevação dos níveis de morbimortalidade pelo desenvolvimento das doenças crônico-degenerativas, dentre elas está o Diabetes Mellitus (FIDELIS et al., 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, o Diabetes Mellitus configura-se hoje como epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (BRASIL, 2006).

As condições socioculturais e econômicas inadequadas e a falta de adesão ao tratamento, entendida como a intensidade ou a forma como o comportamento do paciente se difere das orientações médicas, constituem grandes obstáculos ao controle da hipertensão arterial, mesmo nos países desenvolvidos (FERREIRA et al, 2009).

Para o Ministério da Saúde, as consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são quatro milhões de mortes por ano relativas ao diabetes, PA e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como

consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (BRASIL, 2006).

Por meio das políticas públicas, surgiu o HIPERDIA, um sistema de cadastros para identificar os portadores de hipertensão e diabetes com o objetivo de reorganizar a assistência nas Unidades Básicas de Saúde (CASTRO, 2010).

O HIPERDIA visa à distribuição de medicações, com a conseqüente diminuição do número de internações, o que acarreta diminuição de custos para o erário público, bem como um atendimento profilático. Tal iniciativa visa ainda à caracterização do ambiente social na qual o indivíduo está inserido e conhecer, por exemplo, seus hábitos alimentares, a fim de identificar os fatores de risco nos quais ele se insere e elaborar os planos de cuidados que se adequem a cada indivíduo. Este programa tem como população alvo pessoas jovens, adultos jovens, adultos e idosos (BRASIL, 2010).

Com os conhecimentos adquiridos durante a graduação no curso, assim como no convívio familiar e com vizinhos, ao observar as repetições de casos de hipertensão e diabetes, foi surgindo o interesse pela temática. Nessa trajetória, a inquietação dirigiu-se à pesquisa sobre o HIPERDIA. A fim de observar as dificuldades, falhas e a importância que se deixava de dar ao programa.

A partir dessa análise questiona-se: qual a percepção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Mossoró/RN sobre a importância do HIPERDIA?

A pesquisa justifica-se por ser de fundamental importância para a população e comunidade acadêmica tendo em vista a relevância do HIPERDIA para as pessoas acometidas pela hipertensão arterial e diabetes. O projeto é de grande valia uma vez que se pode proporcionar uma melhor qualidade de vida aos usuários acometidos pela hipertensão arterial e diabetes mellitus. As informações contidas na pesquisa proporcionarão forte contribuição para a prevenção da hipertensão arterial e do diabetes mellitus e para o fortalecimento e ampliação de uma geração portadora de novos hábitos de vida.

1.1 HIPÓTESE

Uma atenção voltada para a importância do HIPERDIA pelos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família possibilitaria uma melhor condução e efetivação do programa, na

melhoria da saúde e da qualidade de vida da população acometida pela hipertensão arterial e diabetes. Assim, acredita-se que os enfermeiros encontram dificuldades para desenvolver as atividades do HIPERDIA com os usuários do programa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a percepção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Mossoró/RN sobre a importância do HIPERDIA.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação socioeconômica dos participantes da pesquisa;
- Verificar a concepção dos enfermeiros sobre a importância do HIPERDIA na Estratégia Saúde da Família;
- Identificar a existência de ações dirigidas ao HIPERDIA na Estratégia Saúde da Família;
- Listar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na prestação de assistência específica aos usuários do programa HIPERDIA.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E HIPERDIA

Implantado no Brasil em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) veio com intuito de consolidar e aperfeiçoar as doutrinas e diretrizes do Sistema Único de saúde (SUS), nos serviços de atenção primária. Essa estratégia apresenta-se como o eixo norteador dos serviços de atenção básica e seu objeto de trabalho são famílias com todas as características sociais, culturais e regionais que ela possui (BRASIL, 1996).

O PSF surge para romper com o modelo assistencial clínico, centrado na consulta médica, na supervalorização da rede hospitalar, na cultura da medicalização, na pré-consulta e na pós-consulta e sobretudo no descompromisso e na falta de humanização nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos nas áreas de abrangências (ANTUNES; ENGRY, 2000).

Neste contexto, observa-se que o enfermeiro tem sido um profissional extremamente importante, junto com a equipe, na construção desse novo modelo de atenção à saúde, visto que desenvolve suas atividades assistenciais, gerencia e supervisiona os profissionais da enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), bem como é referência técnica para alguns setores indispensáveis do centro de saúde, como o setor de imunização e o de curativo, além de conhecer o fluxo interno das unidades de saúde, dentre outras atividades (ANTUNES; ENGRY, 2000).

A capacitação dos profissionais da ESF e o estímulo crescente do usuário na responsabilidade e construção do autocuidado são requisitos essenciais à profunda transformação do SUS, principalmente na assistência básica, pois promove uma revolução no que diz respeito à cidadania, liberdade e autonomia desses sujeitos. Um dos aspectos responsáveis por essa permanente diferenciação individual é o processo de aprendizagem, pois aprender significa apresentar uma nova faceta da realidade (BRASIL, 2003).

O HIPERDIA é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (CASTRO, 2010).

Além do cadastro, o Sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, com o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde vem adotando várias estratégias e ações a fim de reduzir o ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira, como as medidas de prevenção ao tabagismo, políticas de alimentação e nutrição e de promoção da saúde, além das ações de atenção à hipertensão e ao diabetes com garantia de medicamentos básicos na rede pública, protocolos e a capacitação dos profissionais (BRASIL, 2006).

Para Brasil (2010), o Hiperdia vem atender essa necessidade. É um sistema informatizado que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial ou diabetes mellitus, captados e vinculados às unidades de saúde ou equipes da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde - SUS, gerando informações para profissionais e gestores das secretarias municipais e estaduais e ministério da saúde. Seus objetivos são:

- possibilitar a gestão do cuidado com a vinculação do portador à unidade básica ou equipe de saúde por meio 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 na tomada de decisão visando à adoção de estratégias de intervenção gerais ou pontuais, como estimar acesso aos serviços de saúde, planejar demanda para referenciamentos, 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 permitam conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, seus fatores de risco e complicações na população;
- possibilitar o Controle Social por meio de informações que permitam analisar acesso, cobertura e qualidade da atenção.

Segundo Ferreira et al (2009), 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.

O trabalho da equipe multiprofissional contribuirá para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto (SBC, 2007).

3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial é uma doença de origem desconhecida, caracterizada pela elevação da pressão sanguínea, a qual, quando não controlada, pode desenvolver outros problemas, tais como: cardíacos, cerebrais, renais, etc., sendo considerada um problema de saúde pública devido às taxas de morbimortalidade, causando impacto na qualidade de vida das pessoas, além de alto custo hospitalar com internações devido às complicações da doença (FIGUEIREDO, 2007).

Nas Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), a hipertensão ocupa posição de destaque devido à sua alta prevalência e incidência, sendo considerada uma doença crônica não transmissível de natureza multifatorial e assintomática que compromete o equilíbrio dos vasos dilatadores, com o aumento da tensão sanguínea nos vasos comprometendo a irrigação tecidual e comprometendo danos aos órgãos por eles irrigados (OHARA, 2008).

Para Silveira et al (2013), a Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos problemas de saúde de maior intensidade. Trata-se de um estado clínico multifatorial caracterizado por níveis elevados e sustentáveis da pressão arterial. Um dos fatores de risco que se destacam é a morbimortalidade cardiovascular.

A fisiopatologia na hipertensão pode ser considerada uma condição multifatorial, devido à não existência exata de sua etiologia. Alguns fatores são implicados como causas da hipertensão, dentre os quais destacam-se: o aumento da pré-carga, da contratilidade, do volume de líquido extracelular e da reabsorção de sódio nos rins. Com isso, há menos néfrons para realizar a filtração, ocorre um estresse e aumenta a atividade excessiva do sistema nervoso simpático. O excesso de atividade do sistema nervoso simpático, seguido de aumento

na atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona, provoca alteração na membrana celular, o que pode ocorrer uma hipertrofia estrutural em órgãos (SMALTZER; BARE, 2009).

Existem alguns fatores de risco que influenciam na hipertensão, tais como: consumo excessivo de sal, álcool, fumo, excesso de peso, estresse, sedentarismo, etc. O diagnóstico da hipertensão somente é considerado após duas verificações de pressão em momentos diferentes caso a pressão permaneça igual ou superior a 140 x 90 mmHg (FIGUEIREDO, 2007).

Conforme Ohara (2008), foram apresentados alguns critérios de classificação diagnóstica da hipertensão arterial em mores de 18 anos no III Congresso Brasileiro de Hipertensão Arterial (QUADRO I):

Quadro 1 – Valores pressóricos considerados quanto a classificação

| Pressão Arterial Sistólica PAS (mmHg) | Pressão Arterial Diastólica (mmHg) | Classificação |
|--|--|-------------------------------------|
| < 130 | < 85 | Normal |
| 130 – 139 | 85 – 89 | Normal limítrofe |
| 140 – 159 | 90 – 99 | Hipertensão leve (estágio 1) |
| 160 – 179 | 100 -109 | Hipertensão Moderada (estágio 2) |
| > 180 | > 110 | Hipertensão grave (estágio 3) |
| >140 | < 90 | Hipertensão sistólica Isolada |

Fonte: Ohara
(2008).

Dentre as doenças cardiovasculares, a mais frequente é a (HAS) Hipertensão Arterial Sistêmica, fator de risco para outras complicações, tais como Acidente Vascular Cerebral e Infarto Agudo do Miocárdio, além das doenças renais crônicas terminais, com 62,1% recebendo diagnósticos primários e sendo submetidos à dialise. A evidência científica é suficiente para prevenir ou retardar esses agravos e suas complicações (BRASIL, 2013).

3.3 TERAPEUTICA NA HIPERTENSÃO

O tratamento para os pacientes hipertensos pode ser medicamentoso ou não, ou seja, realizado por meio da adoção de medidas de higiene, dietéticas, atividades físicas regulares e com o planejamento alimentar. O objetivo principal do tratamento é aliviar os sintomas, melhorar a qualidade de vida, prevenir as complicações, reduzir a mortalidade e tratar as doenças associadas (FIGUEIREDO, 2007).

Para a Organização Pan Americana de Saúde – OPAS, no tratamento para portadores de doenças crônicas devem ser consideradas as condições em que se encontra e avaliadas a atitude ativa para conviver com as limitações e a diminuição da sociabilidade, evitando que a doença seja o centro. Para tanto, fazem parte da terapêutica as ações educativas elaboradas e desenvolvidas pela equipe de profissionais de saúde, bem como os contatos e relatos dos portadores entre si, que podem trazer um efeito positivo (BRASIL, 2012).

Durante o acompanhamento de pacientes hipertensos, devem ser consideradas suas queixas referentes aos picos tensionais graves e frequentes, seguidas de rubor facial, cefaleia intensa e taquicardia, além daqueles pacientes que adquiriram a hipertensão arterial antes dos trinta anos de idade e o aparecimento súbito da doença após os 50 anos sem histórico familiar. Estes devem ser encaminhados para unidade de referência secundária para investigação das causas, principalmente renovasculares (OHARA, 2008).

Devem ser estabelecidas algumas medidas de prevenção e tratamento visando à melhor adaptação e controle da doença, já que não há cura. Destacam-se como principais medidas: mudança no estilo de vida, incluindo hábitos alimentares, diminuição da ingestão de sal, práticas de atividades físicas regulares, deixar de fumar, evitar o consumo de álcool e alimentos gordurosos (FIGUEIREDO, 2007).

3.4 DIABETES MELLITUS: TIPO I, TIPO II, GESTACIONAL E PRÉ-DIABETES

O termo diabetes foi marcado por volta do Ano 70 a.C, na Grécia antiga, quando Areteu da Capadócia descreveu a doença pela primeira vez, ao comparar o funcionamento do organismo de pacientes a um sifão. Os pacientes comiam e bebiam muito bem; entretanto, todos os nutrientes capazes de fornecer energia ao corpo iam embora por meio da urina (CZEPIELEWSKI, 2011).

Já o termo *mellitus* foi denominado bem depois, em 1670, quando um médico inglês provou a urina de indivíduos com sintomas e percebeu que era muito doce. Após dois séculos,

em 1815, o químico francês M. Chevreul descobre que o açúcar dos diabéticos é a glicose. Daí então a doença ficou conhecida como diabetes mellitus, palavra de origem latina que significa mel ou adocicado (CZEPIELEWSKI, 2011).

Ohara (2008) define o diabetes mellitus como a doença crônica que compromete o metabolismo da glicose e das substâncias produtoras de energia e pode desenvolver complicações vasculares e neuropáticas.

Conforme Francisco et al (2010), esta é uma doença altamente limitante, podendo causar cegueira, amputações, nefropatias, complicações cardiovasculares e encefálicas, como também diminuição da capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida do indivíduo. As consequências do diabete mellitus em longo prazo incluem disfunção e falência de vários órgãos, em especial rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos.

De acordo com Figueiredo (2007), o diabetes mellitus é classificado em: diabetes tipo I, tipo II e gestacional. No diabetes de Tipo I, ocorre acentuada diminuição na produção de insulina por influência dos fatores genéticos e ambientais, sendo comum em crianças, jovens e adultos jovens que se tornam insulino dependentes. Para Smeltzer e Bare (2009), além das classificações citadas anteriormente, existe também o pré-diabetes.

O diabetes tipo I geralmente é diagnosticado na infância e adolescência, quando o próprio sistema imunológico do paciente passa a atacar e destruir as ilhotas de Langerhans (células do pâncreas produtora de insulina) (CZEPIELEWSKI, 2011).

Morais et al. (2009) destacam que o diabetes tipo I caracteriza-se pela destruição das células beta, e a pessoa que apresenta esta patologia se torna insulino dependente. Geralmente ocorrem complicações em curto ou longo prazo, surgindo, conseqüentemente, disfunções e falências de múltiplos órgãos, como olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos.

No Diabetes mellitus tipo II, a produção de insulina é diminuída, podendo ter origem de componente genético ou pelo padrão familiar, sendo mais frequente em adultos com mais de 40 anos ou em obesos e não tornando os portadores insulino dependentes (CZEPIELEWSKI, 2011).

O diabetes tipo II é uma deficiência metabólica causadora de distúrbios em carboidratos, gorduras e proteínas em decorrência da diminuição da secreção ou a não secreção de insulina; contudo, o diabetes tipo II se caracteriza como uma doença de etiologia múltipla e hiperglicemia crônica (FRANCHI et al., 2009).

Para Smeltzer e Bare (2009), o diabetes gestacional representa qualquer grau de intolerância a glicose iniciada durante a gravidez, devido à secreção dos hormônios

placentários. O diabetes gestacional ocorre em 14% das mulheres, aumentando o risco de distúrbios hipertensivos durante a gestação. Podem fazer parte desse grupo de gestantes as mulheres que apresentar esses fatores: obesidade acentuada, história familiar, os americanos de origem asiática, afro-americanos e aqueles das ilhas do Pacífico, que devem passar por uma triagem no início da gestação e na 24^a e 28^a semanas de gestação, a fim de testar a tolerância à glicose.

O diabetes gestacional ocorre durante a gravidez em função da mudança de hormônios, com a consequente diminuição da tolerância à glicose (FIGUEIREDO, 2007).

Em média, 7% das gestações estão associadas a complicações do diabetes, resultando em 200.000 casos por ano. No Sistema Único de Saúde do Brasil, representa 7,6% dos casos, dos quais 94% apresentam intolerância diminuída e 6% apresentam diagnósticos para diabetes não gestacional. Dentre os fatores de riscos, destacam-se índice de massa corporal, ganho de peso, circunferência da cintura, dentre outros (BOLOGNANI, 2011).

A pessoa que se apresenta com tolerância à glicose prejudicada ou glicose em jejum prejudicada se refere à condição na qual as concentrações de glicose no sangue se situam dentro dos níveis normais (SMELTZER; BARE, 2009).

Conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes (SDB, 2006), o termo usado para identificar as pessoas que podem desenvolver diabetes é chamado de pré-diabetes, ou seja, é o estado em que a pessoa encontra-se entre a normalidade e o diabetes tipo II. A melhor forma de identificação é a realização da dosagem de glicemia em jejum ou o teste oral de sobrecarga com glicose (TOTG). O pré-diabetes está associado à síndrome metabólica, presença de um conjunto de doenças como hipertensão, alterações na glicose, colesterol, obesidade e doenças cardiovasculares. Estas condições estão ligadas por resistência à insulina, hormônio responsável pela síntese e condução da glicose do sangue para a célula do organismo. Para ser definido o diagnóstico da síndrome metabólica, alguns critérios devem ser avaliados:

- Obesidade central – circunferência abdominal superior a 88cm nas mulheres e superior a 102cm nos homens;
- Hipertensão arterial - ³ 130 para diastólica e ³ 85 mmHg para sistólica;
- Glicemia alterada - ³ 110mg/dl;
- Triglicérides - ³ 150 mg/dl;
- HDL colesterol – £40 mg/dl para homens e £50 mg/dl para mulheres.

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E DIABETES, 2013).

3.5 TERAPÊUTICA NO DIABETES MELLITUS

A terapêutica para os pacientes com diabetes é semelhante aos pacientes que têm hipertensão, com a terapia podendo ser medicamentosa ou não, sendo que a não medicamentosa não substitui a medicamentosa e vice-versa. Os hipoglicemiantes dependem do tipo e situação geral do doente. Existem diferentes marcas no mercado de insulina e hipoglicemiantes orais. A insulina é indicada para administração em pacientes com diabetes tipo I e II quando não controlada, já os hipoglicemiantes orais são indicados àqueles com diabetes do tipo II para quem a dieta não é suficiente para o controle (FIGUEIREDO, 2007).

O tratamento do diabetes gestacional inclui a modificação da dieta e a monitoração da glicemia. Na persistência da hiperglicemia, o uso de insulina deve ser feito conforme prescrição. Depois do parto, os níveis glicêmicos podem retornar ao normal. Entretanto, algumas mulheres podem desenvolver o diabetes tipo II no futuro. As mulheres que adquiriram diabetes na gestação devem ser orientadas a manter seu peso corporal e práticas de exercícios regulares a fim de reduzir o risco de diabetes tipo II (SMELTZER; BARE, 2009).

Algumas medidas devem ser consideradas para o controle de diabetes assim como melhorar a qualidade de vida do portador, tais como: adoção de atividade física regular com orientação de profissional preparado e trabalho adequado às limitações do doente. Deve haver planejamento alimentar, por meio de acompanhamento profissional, com dieta balanceada a fim de suprir as energias necessárias ao organismo, manter o peso ideal, proporcionar boa saúde e prevenir as complicações da dieta. Durante o planejamento alimentar, devem ser conhecidos os hábitos alimentares a fim de poder adequá-los (OHARA, 2008).

Em geral, o tratamento do diabetes visa à normalização da atividade da insulina e dos níveis glicêmicos a fim de reduzir o desenvolvimento e complicações, tais como: retinopatia, nefropatia e neuropatia, dentre outras (SMELTZER; BARE, 2009).

A terapêutica do diabetes varia em função da mudanças no estilo de vida e nos estados físico e emocional, decorrentes dos avanços nos métodos de tratamento, envolvendo uma avaliação constante e modificação do plano de tratamento elaborado pelos profissionais de modo a adequá-los às necessidades do paciente. A equipe de saúde conduz o tratamento; entretanto, a educação do paciente e da família é de grande importância. Existem cinco componentes que podem ser seguidos no tratamento: terapia nutricional, exercício,

monitoração, terapia farmacológica e educação, os quais auxiliam na busca da melhor qualidade de vida do paciente com diabetes (SMELTZER; BARE, 2009).

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa possui características do tipo descritiva e exploratória de caráter quantiqualitativa, na qual se analisou a percepção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Mossoró/RN sobre a importância do HIPERDIA.

Pesquisa é um conjunto de ações, propostas para encontrar a solução para um problema, que têm por base procedimentos racionais e sistemáticos. A pesquisa é realizada quando se tem um problema e não se tem informações para solucioná-lo (MINAYO, 2010).

A pesquisa descritiva é realizada quando se pretende descrever as características de um fenômeno. As pesquisas descritivas têm como finalidade a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (RICHARDSON, 2010).

A pesquisa exploratória visa a proporcionar maior familiaridade com o problema a fim de torná-lo explícito ou construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão (SILVA; MENEZES, 2001).

Os estudos que empregam metodologia qualitativa buscam compreender o problema sobre a realidade do sujeito que a vivencia, partindo de experiências de sua vida diária, dos desapontamentos, satisfações, surpresas, sentimentos e desejos, enfatizando-se o contexto social no qual o indivíduo está inserido, sendo definida como subjetiva (MINAYO, 2010).

O método quantitativo caracteriza-se pela quantificação, sendo utilizado nas modalidades da coleta de informações e no seu tratamento, empregando técnicas estatísticas. Este método tem a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar defeito de análise e interpretação, proporcionando maior margem de segurança para o resultado da pesquisa (RICHARDSON, 2010).

A Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que, segundo Lefèvre e Lefèvre (2006), consente entender e reconstruir a classe dos discursos e argumentação da ideia dos participantes sem modificá-lo, considerando o significado do conteúdo do depoimento. Ocorre um conjunto de procedimentos que enfatizam as expressões chave das falas dos participantes, viabilizando o pensamento em forma de síntese, possibilitando a interpretação para fundamentação dos resultados. Este processo de análise envolve as seguintes etapas:

- Seleção de expressões chave de cada discurso particular. Essas expressões revelam a essência do contato discursivo;
- Identificação da ideia central de cada expressão chave. Essa ideia foi separada em ideias centrais semelhantes e complementares;
- Reunião das expressões chave referentes às ideias semelhantes e complementares em um discurso síntese, que é o DSC.

4.2. LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde: UBS Antonio Camilo situado na Rua Camilo Figueiredo, s/n, Ilha de Santa Luzia, composta por um enfermeiro do PSF, a UBS Francisco Pereira de Azevedo na Av. Pedro Paraguai s/n Liberdade I, consta 1 enfermeiro do PSF e 1 enfermeiro de apoio; UBS Maria Soares da Costa PACS, na Rua Dona Lourdes Monte, s/n Inocoop, 1 enfermeiro do PSF e 2 de apoio; UBS Maria Neide da Silva Souza, Rua Francisco Pereira de Azevedo s/n, Nova Vida, possui 1 enfermeiro do PSF; UBS Deoclecio Antonio de Medeiros, Rua Poeta João Liberalino, s/n, Teimosos, 1 enfermeiro; UBS Dr. Epitácio da Costa Carvalho, Av. Francisco Mota, s/n, Pintos, 1 enfermeiro do PSF e 1 enfermeiro de apoio; UBS Francisco Marques da Silva, Rua Projetada Alameda dos Cajueiros – Planalto, 1 enfermeiro PSF; UBS Alcides Martins Veras, Rua Luís Benício de Aquino s/n, Passagem de Pedras 1 enfermeiro PSF. O total de enfermeiros distribuídos nas UBS de escolha é de 12 enfermeiros, o local escolhido se deu pelo fato de ser o local de atuação dos Enfermeiros e ser de melhor acesso à pesquisadora associada.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por Enfermeiros que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Mossoró-RN, tendo uma amostra de 9 enfermeiros, utilizando a técnica de amostragem aleatória, que, segundo Gil (2009), é um método básico da amostragem científica, a qual consiste em adotar a cada elemento da população um número único, selecionando alguns desses elementos de forma casual.

Foram incluídos na pesquisa enfermeiros atuantes nas UBS escolhidas para realização da pesquisa no município de Mossoró-RN e que tivessem interesse e disponibilidade em

participar da pesquisa. O critério de exclusão foi para os enfermeiros que não trabalhassem em Unidade Básica de Saúde e que não possuam interesse ou disponibilidade para participar da pesquisa.

Os enfermeiros que aceitarem participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que tem por finalidade possibilitar aos sujeitos da pesquisa o mais amplo esclarecimento sobre a investigação realizada, seus riscos e benefícios, para que sua manifestação de vontade no sentido de participar ou não participar seja efetivamente livre e consciente.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados pretendidos nessa pesquisa, foi utilizado um roteiro de entrevista no qual a linguagem utilizada é simples, com a maior clareza, objetiva, concisa e coerente. O roteiro tem a finalidade de fornecer informações sobre os resultados da pesquisa com detalhes alcançando sua relevância (MARCONE & LAKATOS, 2007).

Segundo Gil (2009), as questões deverão seguir uma ordem de modo que venha a favorecer o entrosamento do entrevistado, como também manter seu interesse na entrevista.

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE – FAMENE João Pessoa – PB e do encaminhamento de Ofício pela Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE/RN ao local da pesquisa.

O método qualitativo, por sua vez, descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos e contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos (RICHARDSON, 2010).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

O presente estudo possui natureza descritiva e exploratória de caráter quantiquantitativa com aquisição de dados realizada por meio de pesquisa de campo. Foi realizada em nove Unidades Básicas de Saúde localizadas em diferentes bairros do município de Mossoró-RN.

Esse estudo foi realizado por meio de análise de dados na qual se buscava uma análise da percepção dos profissionais enfermeiros que atuam em UBS no referido município. Os critérios para a exclusão dos participantes da pesquisa permitiam excluir aqueles que não trabalham em Unidade Básica de Saúde e aqueles profissionais que não se disponibilizaram a participar da pesquisa.

4.7 DESFECHOS

4.7.1 Desfecho primário

Espera-se conhecer as informações contidas na pesquisa, as quais proporcionam forte contribuição para a prevenção da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, como também para o fortalecimento e ampliação de uma geração portadora de novos hábitos de vida.

4.7.2 Desfecho secundário

Encaminhar os resultados das pesquisa para a publicação na Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança da FACENE/FAMENE com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrantes do projeto, como também os resultados do estudo serão divulgados entre os trabalhadores escolhidos das Unidades Básicas de Saúde para a realização da pesquisa do município de Mossoró-RN, como preconizam a Res. 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional N°001/2013 MS/CNS.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi baseada na resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS 466/2012, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos com um interesse colegiado, de natureza consultiva, educativa e formuladora de diretrizes e estratégias no âmbito do Conselho, sendo também livre de influências corporativas e institucionais e Tendo como características a composição multi e transdisciplinar (BRASIL, 2013). As informações coletadas serão mantidas em sigilo, mantendo anonimato para cada pessoa entrevistada.

Com relação à prática de pesquisa no âmbito da atuação do enfermeiro, a pesquisa foi orientada pelo Código de ética Profissional regulamentado através da resolução 311/07 COFEN no que se refere ao capítulo III do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica, dadas as responsabilidades, deveres e proibições, o que norteia nossa prática profissional, enfatizando os preceitos gerais como agentes do processo de pesquisa, em consonância com os valores da Bioética (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Deste modo, a pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/FACENE e as participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para conhecer melhor a pesquisa.

Não se espera que os participantes da pesquisa tenham problema algum em consequência da realização das atividades da pesquisa, pois estes oferecem riscos mínimos, considerando-se que os dados serão obtidos por meio do roteiro de entrevista norteador sobre a temática em estudo e não haverá nenhum exame clínico.

4.9 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança disponibilizará as referências contidas em seu acervo da biblioteca, computadores e conectivos, bem como a orientadora e a banca examinadora.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

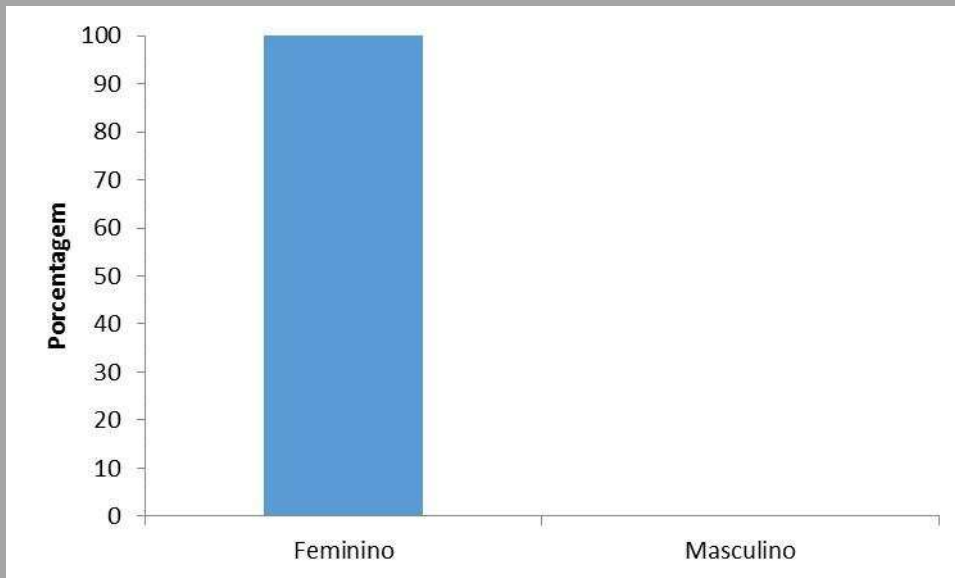
Serão apresentadas informações obtidas a partir do instrumento para coleta de dados aplicado aos profissionais enfermeiros do município de Mossoró atuantes em unidades básicas de saúde. Suas análises estarão dispostas em duas etapas: a primeira em uma análise quantitativa referindo-se a características da amostra e aspectos socioeconômicos dos profissionais enfermeiros entrevistados. A segunda qualitativamente representando as partes mais significativas da fala dos enfermeiros, ou seja, o discurso do sujeito coletivo e suas ideias centrais serão apresentados em forma de quadro. Desta maneira, fizeram parte da amostra 9

profissionais que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa. Neste, demonstram-se as variáveis que se destacam sobre a caracterização da amostra nas variáveis sexo, idade, religião, escolaridade, estado civil e tempo de formado.

5.1 DADOS REFERENTES AOS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

A análise do perfil socioeconômico foi realizada por meio de dados estatísticos através da utilização de gráficos a partir da análise quantitativa, e em tabelas apresentando o percentual da amostra.

Gráfico 1 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa segundo o sexo em UBS no município de Mossoró-RN.



Fonte: Pesquisa de Campo (2014).

Partindo da análise dos dados obtidos quanto ao sexo dos profissionais entrevistados, o gráfico aponta que 100% são do sexo feminino. Para Costa e Coelho (2013), historicamente a enfermagem é uma profissão feminina. No século XIX, fundou-se a primeira escola de enfermeiras no St Thomas Hospital, em Londres, sob a direção de Florence Nightgale. Em seguida, foi se expandindo pelo mundo, chegando ao Brasil em 1923. Essa assimetria de poder nas relações de gênero foi se estabelecendo com a cultura desde a infância. É sabido que atualmente existem profissionais de sexo masculino e feminino. Entretanto, o que pode ser observado com a pesquisa é que a força do trabalho ainda permanece composta por mulheres.

O presente estudo tinha como população intencional descrita 12 profissionais enfermeiros (as) aleatórios nas unidades referenciada acima. Porém, durante a coleta de dados, houve profissional que afirmou que a pesquisa não se adequava à sua Unidade, destacando que não faz parte da Estratégia Saúde da Família: “aqui a Unidade é PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde e não possui equipe formada”.

Entretanto, de acordo com Lobato (2013), em 2011 o Ministério da Saúde revoga a política de 2006, aprovando uma nova política de Atenção Básica e revendo diretrizes e normas a fim de organizar a Atenção Básica, dividindo-se então em ESF Estratégia de Saúde da Família e PACS o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde. Conforme o autor, na Atenção Básica a população é atendida por demanda espontânea e por meio dos programas como Pré-Natal, Planejamento Familiar e Controle. No Planejamento de Controle, se inserem Tuberculose, Hanseníase, Saúde Bucal, Imunização e **HIPERDIA**.

Segundo o Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica 2012, são atribuições específicas do enfermeiro:

1. Realizar atenção à Saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipe e quando necessário, no domicílio ou espaços comunitários;
2. Realizar consultas de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou normas estabelecidas pela gestão federal estadual e municipal observando as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicação e encaminhar usuários a outros serviços.
3. Realizar atividade programadas e de atenção à demanda espontânea;
4. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe.

O enfermeiro da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, além das atribuições citadas acima, tem a atribuição de coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e facilitar o vínculo do cuidado por meio de orientações com toda a equipe da UBS, priorizando as necessidades de saúde e os fatores de risco.

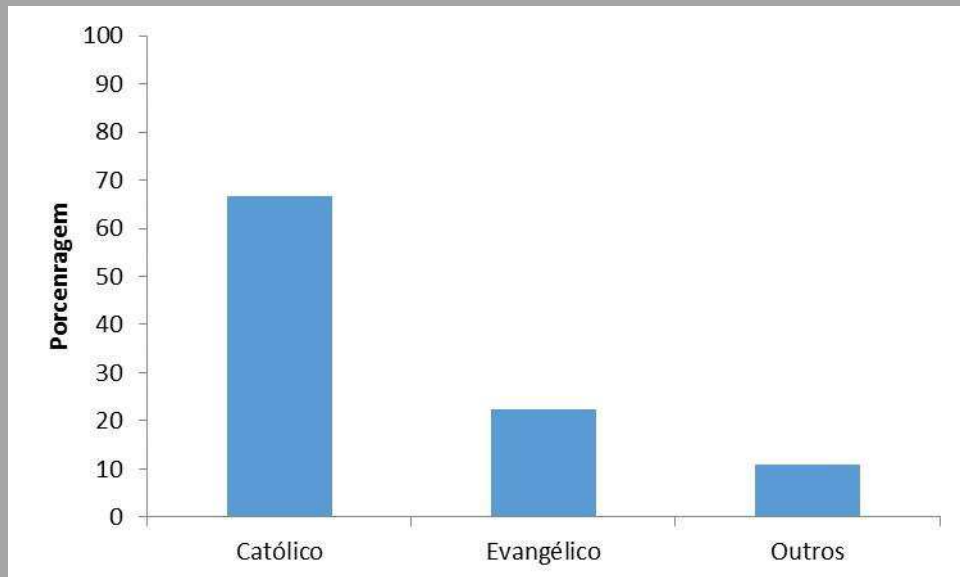
Diante da política do Ministério da Saúde citada acima, compreende-se que o projeto não está inadequado ao PACS, pois o programa HIPERDIA faz parte do controle de hipertensão e diabetes e deve ser realizado por meio da equipe de profissional de saúde. Trata-se de um cuidado integral multidisciplinar e contínuo que requer vínculos de profissionais para a continuidade do tratamento e encaminhamento aos demais níveis de assistências, atualmente considerado um problema de saúde pública. Em outra Unidade Básica de Saúde

visitada, o profissional encontrava-se de atestado, de modo que a amostra programada seria 12 profissionais e houve uma redução para 9 profissionais entrevistados.

Na análise dos dados, identificou-se as enfermeiros como E1, E2, E3 e assim por diante até o último entrevistado. Optou-se por uma coleta de dados com um roteiro que continha na primeira parte perguntas referente aos dados socioeconômicos, e na segunda parte os dados relacionados à temática. Realizou-se a pesquisa com entrevistas gravadas, porém dois dos entrevistados preferiram responder de forma escrita no roteiro utilizado como forma de nortear entrevista.

Partindo da análise dos dados obtidos quanto ao sexo dos profissionais entrevistados, o gráfico aponta que 100% são do sexo feminino. Para Costa e Coelho (2013), historicamente a enfermagem é uma profissão feminina. No século XIX, fundou-se a primeira escola de enfermeiras no St Thomas Hospital, em Londres, sob a direção de Florence Nightgale. Em seguida, foi se expandindo pelo mundo, chegando ao Brasil em 1923. Essa assimetria de poder nas relações de gênero foi se estabelecendo com a cultura desde a infância. É sabido que atualmente existem profissionais de sexo masculino e feminino. Entretanto, o que pode ser observado com a pesquisa é que a força do trabalho ainda permanece composta por mulheres.

Gráfico 2 – Caracterização da amostra dos sujeitos da pesquisa segundo a religião em UBS no município de Mossoró-RN.



Fonte: Pesquisa de Campo (2014).

A respeito da religião, percebeu-se por meio do gráfico 2 que 67% da amostra estudada são católicos, representados pelo número de 6 profissionais. 22,2% desses são

evangélicos, representando a quantidade de 2 profissionais, para outra religião não definida o percentual é de 11,1%, ou seja, 1 profissional. De acordo com os dados apresentados no gráfico, a religião católica é predominante.

Segundo Gussi e Dytz (2008), nas Instituições não se declara religiosidade; porém, os pressupostos cristãos se mantêm presentes com vitalidade. A religião e a espiritualidade permeiam a trajetória de enfermagem ao longo dos anos e estão impregnado no pensar, no ser e no fazer da profissão.

Tabela 1 – Caracterização da amostra quanto à escolaridade e estado civil dos enfermeiros em UBS no município de Mossoró-RN.

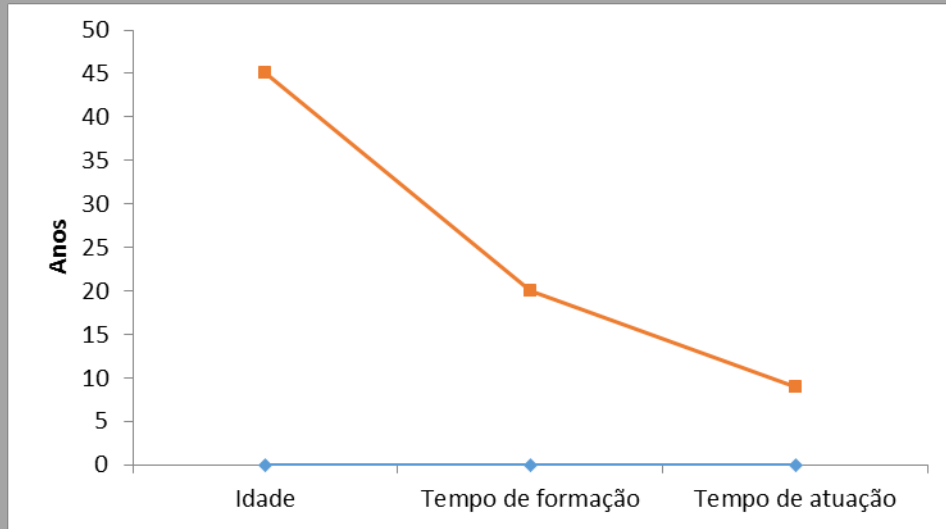
| | | |
|----------------------|----------|---------------|
| Grau de escolaridade | Graduado | Pós- graduado |
| | 100 | 100 |
| Estado civil | Casado | Solteiro |
| | 90 | 10 |

Fonte: Pesquisa de Campo (2014).

De acordo com a tabela 1 apresentada, verifica-se que 100% dos sujeitos da pesquisa possuem graduação, tais como: Educação em Saúde, Saúde da Criança, Saúde da Família, Saúde Pública, Obstetrícia, Enfermagem do Trabalho. Dentre os profissionais entrevistados, alguns têm mais de uma graduação.

Segue abaixo gráfico com caracterização de algumas variáveis da amostra no que se refere à idade, tempo de formado e tempo que atua na Estratégia Saúde da Família.

Gráfico 3 - Caracterização da amostra do sujeito da pesquisa segundo a idade, tempo de formação e tempo de atuação.



Fonte: Pesquisa de Campo (2014).

De acordo com o gráfico, a amostra caracterizada através da idade das profissionais varia de 34 a 54 anos (média de 50 anos), já no que se refere ao tempo de formado ocorre uma variação entre 09 e 28 anos (média 20 anos), salientando que os profissionais E3 e E5 atuam como enfermeiro a 19 e 20 anos (média 9 anos) em ambiente hospitalar há um ano fazem parte da equipe como enfermeiro de apoio na ESF; porém, nessa UBS, somente há dois anos, ambos com somente 20 horas.

5.2 ANÁLISE DOS DADOS

A técnica de abordagem será de acordo com o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), no qual as ideias centrais e os discursos serão expostos em quadros seguidos de suas respectivas fala, considerando-se o principal de todos os participantes.

Quadro 1 - A ideia central e DSC na resposta à questão: percepção do enfermeiro sobre o HIPERDIA em Unidade Básica de Saúde.

| IDEIA CENTRAL I | DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO |
|-----------------|------------------------------|
|-----------------|------------------------------|

| | |
|--|---|
| Norteia a assistência e acompanhamento | E1 e E5 – Norteia toda a assistência para o tratamento da HAS + DM...E2 Visa ao acompanhamento... E7 – O acompanhamento não deve ser somente no momento de pico alto para PA e HGT, deve ser continuado com frequência individual ou grupal, passando por toda a equipe profissional, observando os fatores de risco e a co-morbidade apresentada em cada usuário. E4 – Faz parte da assistência primária e secundária. A equipe toda deve estar unida. É necessária integração a fim de dar qualidade de vida aos usuários. E1 – Deve funcionar mesmo diante das dificuldades. |
|--|---|

Fonte: Pesquisa de Campo (2014).

De acordo com os discursos dos entrevistados a despeito da percepção sobre o programa HIPERDIA, houve semelhança e compatibilidade nas respostas entre E1 e E5, que referem que aquele norteia toda a assistência. Para Carvalho (2011), o HIPERDIA é uma ferramenta essencial para instrumentalizar a prática de atendimento aos usuários hipertensos ou diabéticos. Nas diretrizes do Ministério da Saúde, o programa HIPERDIA está sob a coordenação nacional, e as coordenações estaduais e municipais. O cadastro Nacional SISHIPERDIA gera um banco de dados dessa população com informações que identificam o perfil epidemiológico, além de nortear a implantação das políticas públicas.

E2, E3 e E7 referem que o programa HIPERDIA visa ao acompanhamento dos usuários; E3 – acompanhamento por meio dos cadastros; E7 – acompanhamento e tratamento não somente medicamentoso. Com outras palavras, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios de Minas Gerais (COSEMS) confirma o discurso das entrevistadas quando diz que o objetivo do programa é fazer o controle e uma atenção especializada para os usuários de maior complexidade.

Na percepção de E8 e E6, é de grande importância para o usuário, pois tem

desafogado os hospitais devido ao controle destes com o tratamento medicamentoso e monitoração da PA e HGT e orientações com o cuidado, seja da família, equipe de saúde ou outro, ao passo que E6 refere que tem desafogado muito as UBS devido ao agendamento. E9 - com outras palavras, confirma o relato de, E1 e E5 O HIPERDIA nos dá um direcionamento e amplia a qualidade da assistência, melhorando o tratamento dos usuários cadastrados.

Diante das informações apresentadas e dos sentimentos manifestados pelos entrevistados, observou-se que esses conhecem sobre o Programa HIPERDIA e desejam pôr em prática conforme preconizado. Para E1, é uma ferramenta indispensável que auxilia a equipe e usuários e necessita ser realizado na íntegra, com critérios.

Quadro 2 – A ideia central e DSC na resposta à questão sobre concepção referente à importância do HIPERDIA.

| IDEIA CENTRAL I | DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO |
|-------------------------|---|
| Qualidade de vida | E1 – Quando o trabalho é realizado na íntegra, pode ser observada mudança significativa na qualidade de vida desses grupos de HAS e DIA. “E8” - Projeto implantado com muito vigor, para o usuário com ênfase na saúde e qualidade de vida dos usuários”. |
| IDEIA CENTRAL II | DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO |
| | E5 – Os cadastros facilitam o acompanhamento, que deve ser contínuo, para monitorar e controlar a PA e glicemia, evitando complicações futuras, como AVC, infarto agudo do miocárdio, doenças cardíacas, dentre outras complicações. |

| | |
|--------------------------|---|
| Cadastrados | E3 – Um programa que ajuda pacientes com HAS e DIA por meio dos cadastros no programa, assim como os profissionais a realizar estratégias para um tratamento com qualidade por meio da monitoração da pressão e agendamento das consultas. E9 – Todos os cadastrados estão documentados em livros e no cartão do idoso ou do adulto, facilitando o acompanhamento e organização para dispensa de medicação e retorno, de grande valia para o usuário. |
| IDEIA CENTRAL III | DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO |
| Equipe | E4 – Uma política bonita no papel; entretanto, é necessário uma estrutura, e equipe formada para que o trabalho se adeque às condições de cada usuário. E7 – “É de grande importância para equipe e usuários, norteia a equipe no acompanhamento voltado para identificar os fatores que influenciam para seguir as orientações visando à prevenção dos agravos”. |

Fonte: Pesquisa de Campo (2014).

De acordo com os relatos nos discursos dos entrevistados e as manifestações através dos gestos, observa-se um semblante de preocupação, entretanto cada um menciona um projeto de extrema importância. E1 e E8 destacam HPERDIA como um projeto que surgiu a fim de melhorar a qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos. E1 destaca que quando o trabalho é realizado na íntegra é possível uma mudança na qualidade de vida, ao passo que outros profissionais se focaram na importância nos cadastros, tais como E5, E3 e E9, que referem que os cadastros são necessários ao acompanhamento continuado, monitoramento dos níveis pressóricos e glicêmicos, agendamento das consultas e organização da dispensa de medicação. E4 ressalta a necessidade de uma equipe completa e estrutura adequada. Para E7, é de grande importância o programa que gera informações para a equipe, facilitando o acesso ao público-alvo sobre hipertensão e diabetes e identificando os fatores de risco.

Todos os entrevistados referem que o programa HIPERDIA é de grande importância, cada um visualiza com um olhar diferente e destaca sobre a relevância deste, na qualidade de

vida dos usuários cadastrados e para a equipe um maior acesso as informações possibilitando uma melhor assistência ao usuário. Entretanto, para E1 e E4 existem limitações à realização do trabalho na íntegra. Dentre as limitações, se inserem as dificuldades em dar assistência de qualidade aos cadastrados.

O Ministério da saúde (2012) preconiza para equipe do PSF 1 médico de família enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde, ampliando-se com 1 dentista 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico em higiene dental, entre outros profissionais, conforme realidade epidemiológica institucional e das necessidades de saúde da população.

Para Zilmer et al. (2010), os sistemas de informações são ferramentas úteis para os profissionais e gestores em saúde em todos os níveis de atenção, no enfrentamento de problema de saúde encontrado pela população na sua totalidade, possibilitando uma visão ampliada dos agravos e permitindo ações planejadas de acordo com suas características.

Quadro 3 - A ideia central do DSC sobre as ações desenvolvidas em UBS para os cadastrados no programa Hiperdia.

| IDEIA CENTRAL I | DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO |
|------------------------|---|
| Encontro Mensal | E1: Um encontro mensal onde é são promovidas palestras em grupo, para trabalho educativo. Verificação de PA, glicemia capilar, monitorando o controle e distribuição de medicação. E3 – Um acompanhamento mensal no qual o usuário cadastrado passa por toda a equipe de profissionais desde o enfermeiro, que orienta e encaminha para os demais – médico, dentista – orientados sobre a importância do tratamento contínuo. |
| Encontro semanal | E2:uma semana para agendamento individual dos cadastrado no programa HIPERDIA, onde é realizado o acompanhamento de acordo com a necessidade. E8; “Sim, temos implantado esta atividade com ações semanalmente por meio da consulta da ESF (Equipe), explanação oral, monitorização, busca ativa de novos casos”. |

| IDEIA CENTRAL III | DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO |
|-------------------|---|
| Ações educativas | E4: As ações educativas são realizadas por meio de parceria com uma empresa que atua junto ao IFRN com uma equipe de profissionais. É um trabalho interdisciplinar no qual diferentes profissionais trabalham juntos visando à melhor qualidade de vida dos participantes através das atividades física, náutica, caminhada, musculação. E5: As ações se dão por meio de palestras educativas nas quais são abordados diferentes temas. Pedimos par os usuário sugerir a fim de atender suas necessidades, abordamos sobre a patologia, a importância do tratamento, as mudanças de hábito e a alimentação saudável. E9 – Um trabalho educativo por meio de palestras, temos um grupo de idosos e toda quinta-feira nos reunimos e discutimos sobre diferentes temas, sempre procurando focar as necessidades de cada um, pactuamos agora com a equipe fazer uma reunião com a família do idoso, pois percebemos que existe a descontinuidade do tratamento, pois eles suspendem a medicação e deixam de procurar a UBS na data programada. |

Fonte: Pesquisa de Campo (2014).

Quanto às ações dirigidas ao HIPERDIA, em todas as Unidades visitadas existem; entretanto, essas se diferem umas das outras desde a elaboração e coordenação, ou seja, elas são organizadas e definidas conforme a necessidade de cada cliente cadastrado e de acordo com as condições físicas da estrutura institucional.

Na ideia central I, encontro mensal, E1 diz que nesse encontro são realizadas palestras em grupo para orientações, verificação de PA e HGT, enquanto E3 afirma que é um encontro multidisciplinar onde o cadastrado passa na triagem e é preparado e orientado a passar por toda a equipe desde o Agente de Saúde Bucal aos demais, quando não passa em toda a equipe são agendados para outro encontro, conforme sua disponibilidade, salientando-se que na instituição de E3 a equipe é completa, o que facilita a integralidade do trabalho.

Enquanto na UBS de E1 e E4 a equipe está incompleta e fere um dos princípios do SUS integralidade, dificultando o trabalho e limitando a realização dos cuidados como informaram as entrevistadas.

Na ideia central V, E2 refere que se realiza o encontro semanal para agendamento dos cadastrados e para acompanhamento. E8 – O encontro semanal para consulta com a equipe, explanação oral, busca ativa de novos casos, ao abordar como é feito a busca ativa, E8 informa embasado nos sinais apresentados pelo paciente no momento da consulta médica, o mesmo solicita a monitorização da PA e ou HGT. Existe também a busca ativa por meio dos ACS que buscam dados que referenciam os fatores de risco, através dos familiares, obesidade, dentre outros.

Na ideia central VI, as ações educativas E4 referem que suas ações são realizadas em parceria com uma empresa vinculada à saúde do trabalhador que atua com o IFRN. Todos os cadastrados no programa HIPERDIA de sua UBS praticam atividades físicas, náutica, musculação, caminhadas junto ao IFRN. Há mais de um ano conseguimos essa parceria: é um trabalho contínuo que tem uma parada somente quando há recesso escolar.

Quadro 4 - Apresenta-se a ideia central do DSC sobre as dificuldades encontradas pelo enfermeiro para prestar uma assistência específica para os usuários do HIPERDIA.

| IDEIA CENTRAL I | DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO |
|-------------------|--|
| Adesão do usuário | E1, E2, E3 e E8 – Na análise, uma das dificuldades é a adesão do usuário. Para E1, interfere no controle e na qualidade de vida e, conseqüentemente, no surgimento das complicações. E2 – Falta de Participação nas ações educativas: o maior interesse é pela busca de medicação, descontinuidade do usuário ao tratamento. |

No que se refere à adesão do usuário ao tratamento, uma grande dificuldade para os cadastrados no programa HIPERDIA, quando inseridos por hipertensão, está nas modificações do estilo de vida, com a adoção de dietas hipossódica e a realização regular de atividade física (FIGUEIREDO, 2010).

Segundo Ribeiro e Costa (2006), nas doenças crônicas a adesão é fundamental; requerendo, entretanto, várias dimensões e fazendo parte de um processo biopsicossocial que inclui o comportamento pessoal. Uma das principais prioridades que devem ser consideradas

nas instituições que trabalham com programas de assistência à saúde de hipertensos deve ser a identificação do grau de adesão ao tratamento. Uma mediada importante de controle dos níveis pressóricos seria o *feedback*, que direciona a dispensa de medicação e ainda pode indicar se o hipertenso foi colaborativo com a proposta terapêutica.

| IDEIA CENTRAL II | DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO |
|------------------------------|---|
| Falta de medicação | E1, E2, E5: A principal dificuldade é a questão dos insumos: falta de medicação incentivo para os cadastrados, dispositivos para se realizar ações educativas em grupos, além de maior espaço para as reuniões em grupo. Dependendo do grupo e da palestra, nos deslocamos para outro local. A gente bate muito com o paciente sobre a importância de tomar a medicação, mas falta... não é uma rotina frequente, contribuindo, assim, para a descontinuidade do tratamento. |
| IDEIA CENTRAL III | |
| Falta do profissional MÉDICO | E4, E5, E6, E7, E8 e E9 - Equipe desfalcada, fico sem disponibilidade para dar assistência adequada e de qualidade. Acho crucial, me torno limitada... E5 – Falta de profissional na equipe (médico) dificulta todo o planejamento e a organização do trabalho. E6 – Aqui no município de Mossoró, a maior dificuldade que encontro. E7 – É o trabalho em equipe. O profissional médico não trabalha cronograma. Fica difícil <i>feedback</i> . E8 – Muitas dificuldades, principalmente o apoio do profissional médico, que não temos; E9 – Falta do médico. Desde novembro, estamos sem médico. |

Fonte: Pesquisa de Campo (2014).

Conforme o vídeo da TV NBR, a distribuição de medicamentos diminui o número de internações na rede pública e saúde, diminuindo, por conseguinte, as despesas do erário. Há três anos são distribuídos medicamentos para a hipertensão e diabetes gratuitamente a 18.000 milhões de brasileiros por meio do Programa Saúde não tem Preço, havendo mais de 1,2

milhão de pessoas beneficiadas. Esse acesso facilitado ao medicamento reduz cerca de 36 mil internações.

Uma média de 33,3% dos entrevistados destacaram a falta de medicação e de adesão ao tratamento, gerando descompromisso dos cadastrado em dar continuidade ao tratamento.

As Normas Brasileiras que regulamentam a distribuição de medicamento publicam que diminuem os números de internações e, portanto, as despesas em cofres públicos. Com a falta, será o inverso: além de gerar uma desorganização do trabalho realizado pelos profissionais, como citado pelos entrevistados acima.

Uma média de 66,6% dos profissionais entrevistados se referiram em suas dificuldades à falta do profissional médico. De acordo com Giorgi Dima (2006), em uma estrutura que disponibiliza o atendimento a doenças crônicas, é imprescindível o profissional Médico, pois ele deve identificar em sua população alvo as variáveis envolvidas, que se associam ao abandono do tratamento ou ao não seguimento das orientações terapêuticas.

Conforme os entrevistados, a falta ou descompromisso do profissional médico em cumprir o cronograma dificulta o planejamento e a organização do trabalho em equipe, faltando apoio para o trabalho ser desenvolvido na íntegra e com melhor qualidade. Para Ribeiro e Costa (2010), a relação dos usuários com doenças crônicas sobretudo com o profissional médico requer atenção significativa no sentido da adesão ao tratamento, pois eles têm afinidade e empatia pelo profissional, de modo que a interação do médico na equipe pode influenciar na melhor adesão ao tratamento. Dentre os entrevistados, uma usou a palavra insumo, listando em seguida suas dificuldades.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou conhecer a opinião dos profissionais enfermeiros que atuam em UBS, na Estratégia de Saúde da Família do município de Mossoró sobre a importância do programa HIPERDIA e conhecer as dificuldades nas práticas, na perspectiva de contribuir para a realização de outras pesquisas e para que os conhecimentos sejam repassados à população que também necessita de informações.

O objetivo deste estudo parte do princípio de que o enfermeiro para acompanhar os usuários cadastrados no programa HIPERDIA deve fazer um acompanhamento mais de perto, com uma visão holística, observando o cliente como protagonista. A hipertensão e diabetes são doenças crônicas que têm suas particularidades e requerem tratamento continuado a ser realizado pela equipe da ESF, como forma de prevenir e controlar os níveis pressóricos e os glicêmicos nos hipertensos e diabéticos, para intervir nas co-morbidades e visando à diminuição das internações, minimizando os riscos de outras complicações.

A partir dos depoimentos dos entrevistados, percebeu-se que todos têm conhecimento teórico e científico sobre as patologias, além de conhecerem a importância do programa HIPERDIA tanto no sentido de reorganização do trabalho em equipe quanto para os usuários, ou seja, estão embasados na proposta do programa.

As práticas de ações em saúde direcionadas aos cadastrados no programa HIPERDIA em todas as UBS visitadas existem, algumas se destacando pela criatividade dos profissionais. Em uma das UBS visitadas, para a realização das palestras, os usuários escolhem o tema para que sejam expostas suas necessidades e dificuldades em relação à doença e fatores de risco. De modo que se verificou por meio das falas dos profissionais a existência de uma educação continuada a partir da troca de conhecimento do grupo em interação com a equipe.

Ao passo que em outra UBS visitada, observou-se que o profissional incorporou estratégias, aproveitando as potencialidades de outra estrutura institucional (IFRN) vinculada à educação e que trabalha com uma perspectiva de qualidade de vida aos trabalhadores. A enfermeira que se aliou propôs uma parceria com a instituição a fim de contemplar a integralidade de seu trabalho, visando à melhor qualidade de vida dos usuários. Percebe-se que o profissional realiza assistência interdisciplinar e multiprofissional, oferecendo aos cadastrados no programa HIPERDIA uma atividade de educação continuada e permanente com práticas de atividade física.

Para a maioria dos profissionais entrevistados, a principal dificuldade para que a assistência seja realizada de acordo com a política do Ministério da Saúde é a ausência do profissional médico, pois a quebra na equipe dificulta a integração do trabalho. Nos relatos dos profissionais, é notória a existência de diferentes dificuldades, tais como falta de insumos – medicação, incentivos para realização das práticas educativas, demandas. Entretanto, mesmo diante das dificuldades, com a ausência do profissional médico e a falta de insumos dentre outros, pode-se perceber que os profissionais procuram realizar um trabalho de excelência na tentativa de dar uma assistência de qualidade aos clientes cadastrados.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, M. J. M.; EGRY, E. Y. O programa de saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 98-107. jan./mar. 2000.
- BERGANES, Priscila Maria Stolses Francisco. Diabete autoreferido em idoso prevalência fatores associados e práticas de controle. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.scielos.org/pdf/cspv26n1/18.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa em seres humanos**. 2012. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 26 set.2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: ed MS, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HIPERDIA**. Brasília: MS, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Cadernos de Atenção Básica 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da gestão da educação na saúde **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde enfermagem Proposta pedagógica o plano da ação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**, Brasília, 1996.
- BRUNNER, L. S. et al. **Práticas de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.v. 2.
- BOLOGNANI, Cláudia Vicari; SOUZA, Sulani da Silva; PARANHOS, Iracema de Matos. Diabetes mellitus gestacional: enfoque nos novos critérios diagnósticos. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 22, p. 531-542, Suplemento 1, 2011.
- CARVALHO, Francidalma Soares Sousa; NOGUEIRA, Lídia Tolstenko; VIANA, Livia Maria Melo. HIPERDIA: Adesão e Percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. especial, p. 930-936, 2011.
- CARVALHO, Clecilene Gomes. O processo de educação em saúde. **Revista C. Scientia**, Belo Horizonte v. 5, n. 1 p. 39-46, 2012. Disponível em <www.unibh.br/revista/escientia>. Acesso em: 26 abr. 2014

CASTRO, Natércia Gomes. HIPERDIA: conhecimento da cobertura do programa no Maranhão. **Cad. Pesq.**, São Luís, v. 17, n. 2, p. 77-82, mai./ago. 2010. Disponível em <[www.pppg.ufma.br/cadernosdepesquisa/.../artigo9v17n2\(3\).pdf](http://www.pppg.ufma.br/cadernosdepesquisa/.../artigo9v17n2(3).pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, Resolução 311/2007. **Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem.** 2007.

CÔRREA, Carlos; PFEIFER, Cláudia C.; LORA, Adriano P. O Agente comunitário de saúde – Uma história Analisada. **Revista Rua**, Campinas, v.1, n. 16, p. 174-192, junho, 2010. Disponível em <<http://www.labeurb.unicamp.br/rua>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

COSTA, Lúcia Helena Rodrigues; COELHO, Edmeia de Almeida Coelho. Ideologias de Gênero e Sexualidade: a interface entre a educação familiar e a formação profissional de enfermeiras. **Revista texto e contexto de enfermagem**, Florianópolis, p. 485-492, 2013.

COSTA, Sebastião Benício; RIBEIRO, Erivânia Garcia. **Adesão ao tratamento de portadores de Hipertensão arterial.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2010. Disponível em <tede.bibliotecaucg.br/tde>. Acesso em: 29 abr. 2013

CZEPIELEWSKI, Mauro Antônio. Diabetes Mellitus. **Revista Saúde & Vigor: Saúde nutrição bem estar beleza e lazerano**, n. 1, jan. 2011.

DALFOVO, Michael S.; LANA, Rogério A.; SILVEIRA, Amélia. Métodos Quantitativos e Qualitativos: Um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 2, n. 4 p. 1-13. 2008.

FERREIRA, Celso et al. Benefícios do exercício físico na hipertensão arterial. **Revista de Educação Física**, São Paulo, v. 4, n. 1, dez. 2009.

FIDELIS, Lucimeire Cervio et al. Prevalência de diabetes no município de Teixeira, MG, **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 14, n. 1 p. 23-27, jan. 2009.

FIGUEIREDO, Nébia Maria e Almeida. **Ensinando a Cuidar de Saúde Pública: práticas de enfermagem.** 2 ed. Rio de Janeiro: Yendis,2007.

FIGUEIREDO, Nébia Maria e Almeida. **Ensinando a Cuidar de Saúde Pública: práticas de enfermagem.** 2 ed. Rio de Janeiro: Yendis, 2010.

FRANCISCO, Priscila M. S. B. et al. Diabete auto referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 175-184, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n1/18.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2013

FRANCHI, Kristianne Mesquita Barros et al. Capacidade Funcional e Atividade Física de idosos com Diabetes Mellitus tipo II. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 13, n. 3 p. 158-166, 2008.

GIL, Antônio C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GUSSI, M. A.; DYTZ, J. L. G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, p. 377-384, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/reben>. Acesso em 25 abr. 2014.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface Comunic. Saúde Educ**, São Paulo, v. 10, n. 20 p. 517- 524, jul./dez. 2006.

LIMA, Gaia Ferreira. A importância do programa HIPERDIA em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada. **Revista Saúde Coletiva**, dez. 2012.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS Maria Eva. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração análise e interpretação de dados**. 6ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MINAYO, M. C. **Pesquisa Social: teóricos método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis: Vozes 2010.

MORAIS, Gleicyanne Ferreira da Cruz et al. Conhecimento o e práticas dos diabéticos acerca das medidas preventivas para lesões de membros inferiores. **Revista baiana**, v. 33, n. 3, p. 361-371, jul./set. 2009.

OHARA, Elisabeth Calbuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. Ed São Paulo: Atlas, 2010.

RIBEIRO, Erivania Garcia; COSTA, Sebastião Benício. **Adesão ao tratamento de portadores de hipertensão arterial**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2010. Disponível em: <tede.bibliotecaucg.br/tede>. Acesso em: 29 abr. 2014.

SANTOS FILHO, C. V.; RODRIGUES, W. H. C; SANTOS, R. B. Papéis de autocuidado: subsídios para a enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 125-129, ago.2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Pré-diabetes síndrome metabólica, e risco cardiovascular. 2013. Disponível em <www.Endocrino.org.br/sindromemetabolicasemmulheres>. Acesso em: 29 nov. 2013.

SILVA, Edna L.; MENEZES. Estera M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 2001. 121f. Monografia (Pós-graduação em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

SMELTZER, S. C.et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. v. 3

TVNBR: A distribuição de medicamentos diminui os números de internações em rede pública publicdo em NBR notícias em 06/02/2014. Disponível em <<http://youtu.be/ut3w/vdooz9>>. Acessado em 23/04/20014

XIMENES, Francisco Rosemiro Guimarães et al. Percepção dos enfermeiros sobre a prática profissional na estratégia saúde da família. **Biblioteca Lascasas**, v. 5, n. 5, 2009. Disponível em <<http://index.com/lascasas/documentos/lc0468.php> 2014>. Acesso em: 29 abr. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr. (a), esta pesquisa tem como título: **“PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN SOBRE A IMPORTÂNCIA DO HIPERDIA”**, sendo desenvolvida por Silvineide Pessoa Porto (Pesquisadora Associada), aluna regularmente matriculada no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE – RN, sob orientação da professora Karla Simões Cartaxo Pedrosa (Pesquisadora Responsável). A pesquisa apresentada tem como objetivo geral analisar a percepção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Mossoró/RN sobre a importância do HIPERDIA e como objetivos específicos: caracterizar a situação socioeconômica dos participantes da pesquisa; verificar a concepção dos enfermeiros sobre a importância do HIPERDIA na estratégia na Estratégia Saúde da Família. A realização dessa pesquisa conta com a participação dos profissionais enfermeiros. Desta forma, solicitamos sua contribuição no sentido de participar. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir a qualquer momento, sem dano algum. Os dados serão coletados por meio de um roteiro de entrevista gravada elaborada com perguntas referentes à temática pesquisada, e que posteriormente farão parte de um trabalho de conclusão de curso e poderia ser publicado no todo ou em parte em eventos científicos, periódico, revista e outros, tanto em nível nacional como internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que o referido estudo não apresenta nenhum risco aparente aos participantes.

Sua participação na pesquisa é voluntária. Sendo assim, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelas pesquisadoras, e estaremos à sua inteira disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários em qualquer etapa desta pesquisa. No entanto, sua contribuição será de grande valia, pois essa etapa da pesquisa terá grande relevância para diversas áreas de conhecimento, assim como contribuirá para a realização de outras pesquisas. Além disso, esses conhecimentos poderão ser repassados à população que também necessita de informações acerca da hipertensão e diabetes.

Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição ao conhecimento científico.

Eu, _____,
RG _____, concordo em participar desta pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente de seus objetivos e de sua finalidade, inclusive para fins de publicação futura, tendo a liberdade de retirar meu consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável. Informamos que o referido trabalho apresenta risco mínimo, pois os benefícios superam os riscos físicos, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual aos participantes.

Mossoró, ____/____/2014

Prof. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa (FACENE/RN)
(PESQUISADORA RESPONSÁVEL)

Participante da pesquisa

Endereço Profissional da Pesquisadora Responsável: Avenida Presidente Dutra, 701 – Alto de São Manoel, Mossoró/RN. CEP: 59.628-800 Tel. (84) 3312 0143. Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança: Avenida Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame – João Pessoa – Paraíba – Brasil. CEP: 58.067-695 – Fone: + 55(83) 2106-4790. EMAIL: CEP@facene.com.br.

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para coleta de dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS

- SEXO: F () M ()
- IDADE:
- RELIGIÃO: () católica () evangélica () outra
- ESCOLARIDADE: () graduação
- () pós-graduação
- ESTADO CIVIL: () casado (a) () solteiro (a) () viúvo (a) () divorciado (a)
- TEMPO DE FORMADO:
- TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESF:

PARTE II – DADOS RELACIONADOS À TEMÁTICA

- 1 Qual sua percepção sobre o HIPERDIA?
- 2 Qual sua concepção sobre a importância do HIPERDIA?
- 3 Na UBS na qual você atua no momento existem ações voltadas para o HIPERDIA?
4. Quais as dificuldades encontradas pelo enfermeiro (a) para prestar uma assistência específica aos usuários do HIPERDIA?

ANEXO