



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

INGRID MICHELLE FERREIRA MODESTO

MANEJO DO GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DO USF HELÁDIO SOARES
DE ALVARENGA - PSF PRADOS

SÃO PAULO
2020

INGRID MICHELLE FERREIRA MODESTO

MANEJO DO GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DO USF HELÁDIO SOARES
DE ALVARENGA - PSF PRADOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: CRISTIANE COSTA E SILVA MENEGUCCI

SÃO PAULO
2020

Resumo

Este trabalho tem como objetivo guiar o manejo do grupo de hipertensos e diabéticos da USF Heládio Soares de Alvarenga, do município de Itapira-SP, titulado de grupo HIPERDIA, devido ao grande número de pacientes com estas comorbidades na comunidade, que não tem uma boa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, tem pouco conhecimento de suas comorbidades, e muitas dúvidas de como mudar o próprio estilo de vida. Visto que, a unidade encontra-se abaixo do índice preconizado pelo E-SUS, que tem como meta 90% da comunidade diabética e hipertensa com participação no PSF de uma e duas vezes por ano, respectivamente, colhendo a hemoglobina glicada e aferindo a pressão arterial. O projeto foi elaborado diante dos principais questionamentos gerados, tanto pela população quanto pelos funcionários da unidade, tais como qual o melhor alimento, qual a melhor atividade física, o que são de fatos essas duas comorbidades e o impacto que essas duas doenças gera na vida do paciente (fisiopatologia, síndrome metabólica). O projeto tem a finalidade de guiar a equipe 1 e 2 do USF Heládio Soares de Alvarenga, para manejar os seus pacientes com hipertensão e diabetes da melhor forma, durante os doze meses do ano, ministrando as palestras de acordo com o perfil da comunidade, promovendo mudanças no estilo de vida, melhora da qualidade de vida, diminuindo as complicações, e evitando os desfechos maléficos da Síndrome Metabólica (AVC, IAM, DRC, ICC).

Palavra-chave

Síndrome Metabólica. Diabetes. Hipertensão. Doenças Cardiovasculares. Doença Crônica.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

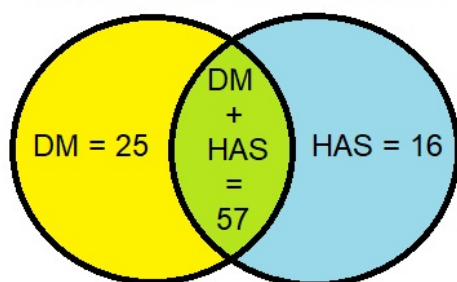
Na USF Heládio Soares de Alvarenga - PSF PRADOS, localizada na cidade de Itapira-SP, existe o grupo de Hipertensos e Diabéticos, titulado de HIPERDIA. Como sabemos a hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes Mellitus são doenças crônicas, de evolução longa e complexa, associada a fatores de risco para doenças cardiovasculares, pertencente a Síndrome Metabólica, a qual é responsável pela principal causa de morbimortalidade do mundo. Visto isso, estamos buscando fórmulas para o melhor manejo desses pacientes na rede básica, com o médico de família, para dar aos pacientes assistências, orientações, diagnóstico rápido, tratamento e principalmente o segmento.

A USF/PPA dos Prados é constituída por duas equipes, a equipe 1 é formada por um médico, uma enfermeira Padrão, duas técnicas de enfermagem e quatro agentes de saúde, possui 2415 pessoas ativas cadastradas no sistema do E-SUS, sendo 1136 do sexo masculino e 1279 do sexo feminino, do total de cidadãos cadastrados 488 possui risco cardiovascular por apresentarem HAS e/ou Diabetes Mellitus, o que corresponde há 20,2% da população ativa. A equipe 2 também é constituída pelo mesmo quadro de funcionários, com 2978 pessoas ativas no cadastro do E-SUS, com 1424 pessoas do sexo masculino e 1554 do sexo feminino, possuindo 831 pacientes cadastrados com risco cardiovascular (HAS e/ou DM), o que corresponde a 27,90% do total de pacientes ativos.

O PSF 1, que tem 488 pessoas cadastradas no E-SUS com hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus (risco cardiovascular), possui apenas 98 pessoas que estão inseridas e que estão frequentando o grupo HIPERDIA (20,1% dos cadastrados no grupo de risco cardiovascular), o atendimento e a realização das palestras são feitas no primeiro período das sextas feiras. Esses pacientes são distribuídos em 04 grupos, que frequentam a unidade na mesma ordem por semana, sendo o grupo um com 24 pacientes, o grupo dois com 21, o grupo três com 24, e por fim o grupo quatro com 29 pacientes. Dos 98 pessoas do grupo Hiperdia, 16 (16,32%) pacientes tem apenas hipertensão, 25 (25,51%) pacientes são apenas diabéticos e 57 (58,16%) pacientes possui as duas comorbidades coexistindo. A média de idade dos pacientes da equipe 1 é de 65,2 anos, sendo a menor idade de 41 anos e a maior de 85 anos; 67 (68,36%) dos pacientes são do sexo feminino e 31 (31,63%) são do sexo masculino.

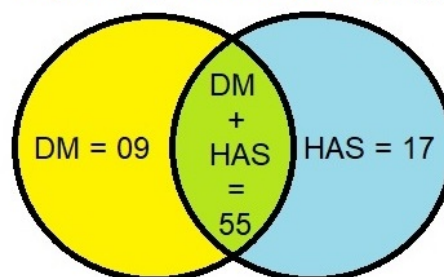
O PSF 2 possui 831 pessoas cadastradas no E-SUS com hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus (risco cardiovascular), sendo que apenas 81 desses pacientes estão inscritos no grupo HIPERDIA e participam do mesmo, correspondendo há 9,74% dos cadastrados no grupo de risco cardiovascular, distribuídos em 04 grupos atendidos no primeiro período de cada quarta feira, o grupo um possui 17 pessoas, grupo dois 26 pessoas, grupo três 21 pessoas, e o grupo quatro com 17 pessoas. Dos cadastrados, 17(20,98%) pessoas possui apenas hipertensão arterial, 9 (11,11%) possui somente diabetes e 55 (67,90%) pessoas tem as duas comorbidades juntas. A média de idade dos pacientes da equipe 2 é de 66,2 anos, sendo a menor idade de 32 anos e a maior idade de 90 anos; 46 (56,8%) dos pacientes são do sexo feminino e 35 (43,2%) são do sexo masculino.

Diagrama dos pacientes do Hiperdia equipe 1:



- Diabéticos
- Hipertensos
- diabéticos e hipertensos

Diagrama dos pacientes do Hiperdia equipe 2:



É notável que os pacientes possuíssem muitas dúvidas sobre o seu estado de saúde/doença e qual a melhor forma de ter qualidade de vida, o projeto foi realizado para solucionar dúvidas e questionamento tanto dos pacientes quanto dos funcionários da unidade (técnicos, agentes de saúde, recepção). No território em que atuo o grupo HIPERDIA já existia, porém com muitas falhas ao ministrar os temas das palestras, e com pouca adesão ao programa, quanto mais jovem menor a participação do paciente e menor o interesse de ter o vínculo com a unidade básica de saúde. Para o paciente isso aumenta o risco de morbimortalidade, perda de funções orgânicas, sequelas irreparáveis pelo mau andamento da fisiopatologia em questão, aumento das sequelas, como insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, retinopatias, neuropatias, todas irreparáveis e com grandes chances de perda da funcionalidade laboral desse cidadão. Para a equipe e para o gestor, isso significa aumento dos gastos com medicamentos, aumento dos pacientes nos atendimentos de urgência e emergência, aumento das consultas com os especialistas.

ESTUDO DA LITERATURA

Itapira é uma cidade localizada no interior do estado de São Paulo, faz divisa com o estado de Minas Gerais, sua população é de cerca de 74.773 habitantes, o salário médio mensal por trabalhador é de 2.8 salários mínimos. Cerca de 34% da população tem um trabalho. Cerca de 98% da população tem uma escolaridade de 6 a 14 anos. Apresenta 97.2% de domicílios com esgoto sanitário. [1]

Itapira é considerada referência na medicina preventiva. Sua rede básica é constituída de dez Unidades Básicas de Saúde, sendo duas rurais e oito urbanas. As Unidades Básicas desenvolvem vários programas interdisciplinares entre Estratégia de Saúde da Família, pediatras, ginecologistas e obstetras, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas e assistente social, possui uma rede de apoio com o Instituto Bairral, que faz o cuidado de saúde mental. [2]

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença com etiologias diversas, caracterizada por elevação dos níveis pressóricos sistólicos ≥ 140 e/ou diastólicos ≥ 90 mmHg. Esta associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outras comorbidades, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellito (DM). No Brasil, estima-se que a HAS atinge 32,5% da população adulta, 60% dos idosos, contribuindo para 50% das mortes por doença cardiovascular. Juntamente com a Diabetes Mellitus (DM), suas complicações têm um impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar. [3]

A Diabetes Mellitus compreende um grupo de desordens clínicas caracterizada pela hiperglicemia resultante do déficit de efetividade da insulina, sendo que a hiperglicemia persistente é a responsável pelas complicações crônicas da doença. Em 2013, estimativas feitas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), e pelo Ministério da Saúde, verificou que 6,2% da população brasileira possui o diagnóstico médico de diabetes. Essa comorbidade é definida pela ou glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL, ou glicemia casual ≥ 200 mg/dL, ou glicemia ≥ 200 mg/dL, 2h após ingestão de 75g de glicose. [4]

O programa Hiperdia é um plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, foi criado em 2001 pelo Ministério da Saúde. O seu principal objetivo é garantir o acompanhamento e tratamento rigoroso das comorbidades em questão, através de ações de capacitação dos profissionais e reorganização dos serviços. O Hiperdia é uma estratégia de acompanhamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos, com as funções de criar laços e vínculos entre o paciente e a unidade de saúde. O programa pertence ao nível primário de atenção à saúde, juntamente com os profissionais da estratégia Saúde da Família, visando, além de acompanhar e tratar, recuperar a autonomia do usuário, e a sua responsabilidade em seu processo de saúde; é uma política baseada na prevenção e no cuidado das pessoas com Hipertensão e Diabetes. [5]

O Hiperdia é destinado ao cadastramento e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS), através do E-SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. [6]

AÇÕES

O manejo do grupo Hiperdia (hipertensos e diabéticos) será proposto para as duas equipes, 1 e 2, vale ressaltar que além dos cuidados com a pressão alta e diabetes, também é feito o atendimento de pacientes que tem dislipidemias, cardiopatias, distúrbios da tireoide e obesidades, sequelas de AVC, temos concomitantemente distúrbios psiquiátricos (ansiedade e depressão) e problemas ortopédicos crônicos e sem tratamento cirúrgico, pois são doenças que geram impacto direto ao paciente e influência na sua doença de base. Pacientes obesos tem a maior tendência de ter síndrome metabólica, e como consequência, maiores chances de problemas ortopédicos, distúrbios da tireoide e distúrbios do humor (depressão e ansiedade).

Em um comum acordo com a equipe de enfermagem, médicos e agentes de saúde pudemos notar que os grupos possuem em comum dúvidas quanto padrão alimentar, atividade física, como preparar alimentos saudáveis (com receitas simples e de fácil acesso para cada nível de instrução de paciente), e dúvidas sobre quanto custa comer de forma saudável). Sendo assim planejamos um calendário de atividades, serão 12 meses e 12 temas distintos administrados ao longo do ano de 2020:

- ♦ Explicando a hipertensão arterial sistêmica.
- ♦ Explicando a diabetes Mellitus.
- ♦ Explicando a hipercolesterolemia.
- ♦ Explicando a hipertriglicemia.
- ♦ Quais as consequências de sua comorbidade mal controlada (Síndrome Metabólica).
- ♦ Mudança no estilo de vida: atividade física regular.
- ♦ Mudança alimentar, quais os alimentos permitidos.
- ♦ Número de refeições diárias.
- ♦ Como escolher o seu alimento no mercado baseado nas frutas e verduras da estação.
- ♦ Como preparar o seu alimento de forma saudável e fácil de fazer.
- ♦ Quais suas duvidas sobre os seus remédios de uso continuo.
- ♦ Momento dinâmico, onde cada paciente poderá esclarecer suas dúvidas.

Será função do médico ou da enfermeira padrão ministrar as pequenas palestras aos pacientes do grupo, com duração de 20 - 30 minutos, seguida posteriormente pelos atendimentos, onde será responsabilidade da enfermagem verificar os sinais vitais dos pacientes e anotar no cartão controle e prontuario do mesmo, será de responsabilidade médica as consultas, receitas, responder dúvidas individuais, será de responsabilidade do agente de saúde convocar os pacientes do programa para um participação mais ativa de seu próprio cuidado.

Através desse projeto teremos a maior participação da comunidade no grupo HIPERDIA, aumentaremos o vínculo do paciente com a unidade de saúde, vamos promover a participação ativa do paciente ao elaborar o cuidado de sua própria saúde/doença, aumentando a responsabilidade do cuidado de sua comorbidade.

RESULTADOS ESPERADOS

Com a mudança da programação e a organização do grupo HIPERDIA e suas palestras, vamos atingir o objetivo de manter os pacientes controlados de suas comorbidades, realizar a renovação de receitas de uso contínuo, verificar se o paciente tem alguma dúvida sobre sua comorbidade e tratamento, esclarecer dúvidas sobre tratamentos medicamentosos e não medicamentosos, incentivar a mudança no estilo de vida e mudanças alimentares saudáveis, oferecer qualidade de vida, diminuir o índice de pacientes que procuram o pronto socorro por descompensação de sua doença de base, diminuir os desfechos desfavoráveis de suas doenças, diminuir a incidência da Síndrome Metabólica, evitar que os pacientes fiquem por muito tempo com a doença de base descompensada, gerando por de trás dessa penumbra as sequelas irreversíveis.

Esperamos melhorar os indicadores de saúde, avaliados e monitorados através do E-SUS, atingindo um número muito maior de pacientes que estão cadastrados/acompanhados no grupo de risco do E-SUS frequentando o programa de diabéticos e hipertensos, aumentando a sua frequência na unidade e reforçando os laços com a mesma, respeitando os indicadores do E-SUS para o município de Itapira-SP, que tem como objetivo ter uma cobertura no ano de 2020 ≥ 90 % dos pacientes hipertensos com PA aferida ao menos uma vez por semestre. Paralelamente seguir o mesmo índice preconizado que no ano de 2020 cerca de $\geq 90\%$ da sua população diabética realize o controle de hemoglobina glicada ao menos uma vez no ano.

REFERÊNCIAS

- ♦ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA; Panorama do município de Itapira/sp; Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/itapira>>; Acesso em: 07 de mar. de 2020.
- ♦ PREFEITURA DE ITAPIRA; rede básica; Disponível em: <www.itapira.sp.gov.br/saude>; Acesso em: 10 de mar. de 2020.
- ♦ MALACHIAS, MVB et al . 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 3 - Avaliação Clínica e Complementar. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , 2016 .
- ♦ OLIVEIRA, JEP et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 - São Paulo : Editora Clannad, 2017.
- ♦ FEITOSA, Isabella de Oliveira; PIMENTEL, Adelma. HIPERDIA: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém, v. 8, n. 1, p. 13-30, 2016 .
- ♦ PREFEITURA DE GUARAREMA; Hiperdia; Disponível em: <<http://www.guararema.sp.gov.br/279/secretarias/sade/aes+e+programas/hiperdia/>>; Acesso em: 02 de mar. de 2020.