



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

CAROLINE MARQUES ALVES

IMPLANTAÇÃO DO GRUPO HIPERDIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
MUNICÍPIO DE AGUAÍ - SP

SÃO PAULO  
2020

CAROLINE MARQUES ALVES

IMPLANTAÇÃO DO GRUPO HIPERDIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
MUNICÍPIO DE AGUAÍ - SP

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: MARIA APARECIDA MOREIRA MARTINS

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

A Estratégia de Saúde da Família Santa Maria, localizada no Município de Aguaí, no estado de São Paulo, atende uma população de aproximadamente 7500 pessoas. Desta, cerca de 520 pessoas são hipertensas e 470 são diabéticas, conforme os cadastros. Sabe-se que com a transição demográfica e epidemiológica temos vivenciado um aumento no número de casos de doenças crônicas não transmissíveis, o que tem estimulado a criação de políticas voltadas para sua prevenção e controle. O tratamento do diabetes e da hipertensão exige uma abordagem ampla, com terapia medicamentosa e não medicamentosa e, portanto, deve ser realizado por equipe multidisciplinar. Uma das ferramentas para o acompanhamento de tais pacientes na unidade básica de saúde da família é o HIPERDIA, sistema informatizado de cadastro e acompanhamento dos pacientes portadores de HAS e DM, que permite a coleta de dados que possibilitam a elaboração de estratégias de intervenção para melhor controle das condições clínicas desses usuários. Objetivo: Implementar o programa HIPERDIA na Estratégia de Saúde da Família Santa Maria- Aguaí. Metodologia: Formação de grupos, com reuniões semanais, com palestras de responsabilidade da equipe multidisciplinar, onde serão discutidos temas diversos sobre as comorbidades e suas complicações, que reforcem a importância do acompanhamento e autocuidado. Resultados esperados: Espera-se a criação de um espaço de acolhimento, que fortaleça o vínculo desses pacientes com a unidade de saúde, e promova, assim, uma maior adesão ao tratamento, com melhora dos níveis pressórico e glicêmico desses usuários, e redução das complicações causadas por essas doenças.

## **Palavra-chave**

Promoção da Saúde. Hipertensão. Diabetes.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

A Estratégia de Saúde da Família Santa Maria (ESF), local onde atuo na cidade de Aguai - SP, localiza-se na periferia da cidade, contando com cerca de 7500 cadastros, que estão sendo, atualmente, reorganizados em um processo de recadastramento pelos agentes comunitários de saúde (ACS). O número de moradores da área de abrangência da unidade é flutuante, devido a migração de trabalhadores de outros estados durante os períodos de safra. A quantidade de famílias residentes na área de atuação da ESF exige a existência de duas equipes, porém, no momento, temos apenas um médico e um enfermeiro.

O território enfrenta alguns problemas, dos quais destacam-se a falta de organização de alguns processos de trabalho, sobrecarga da equipe devido à falta de funcionários, o grande número de pacientes hipertensos e diabéticos, muitos em tratamento irregular, além do uso excessivo de ansiolíticos e antidepressivos pela população, gravidez na adolescência, tabagismo, etilismo e a falta de adesão da população a medidas de promoção da saúde. Durante discussões com a equipe foi possível concluir que um número expressivo de usuários busca a ESF somente diante de condições agudas. Além disso, a maioria dos pacientes portadores de condições crônicas, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), comparece à unidade, apenas para renovação de receitas, não realizando controle adequado e acompanhamento, desconhecendo os riscos de suas enfermidades.

Desse modo, após discussões com a equipe e avaliação de possibilidades de atuação, o problema eleito como prioridade foi o grande número de pacientes portadores de HAS e DM2 no território. Atualmente há cerca de 520 hipertensos cadastrados e cerca de 470 diabéticos. A unidade é composta por sete micro áreas, incluindo duas áreas descobertas, o que dificulta a obtenção de um número exato de pacientes acometidos por essas comorbidades. Há algumas semanas iniciamos um processo de marcação dos prontuários dos pacientes hipertensos e diabéticos, o que juntamente com o recadastramento realizado pelos ACS irá possibilitar uma atualização desses números e verificar com maior exatidão o acompanhamento dos mesmos pela ESF.

Sendo assim, este Projeto de Saúde no Território tem como objetivo conhecer a realidade do mesmo, a partir da atualização dos dados referentes a pacientes portadores dessas comorbidades, além de propor medidas de acompanhamento para os usuários hipertensos e diabéticos da ESF Santa Maria, por meio do planejamento de ações, com atuação de todos os membros da equipe, que possibilitem a promoção de um acolhimento humanizado, com classificação de risco, de forma a reduzir o tempo de espera na marcação de consulta e a implantação do grupo HIPERDIA, para melhor acompanhamento dos mesmos.

.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

Sabe-se que as doenças cardiovasculares representam a maior causa de óbitos, hoje, em pacientes acima de 40 anos, no Brasil. Com a transição demográfica e epidemiológica, vivenciada nos últimos anos, a expectativa de vida da população tem mostrado aumento significativo, o que aumentou o número de casos de doenças crônicas não transmissíveis, HAS e DM. Estas consistem em dois dos principais fatores de risco para os agravos cardiovasculares, representando importante problema de saúde pública, com alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo a sua detecção precoce, tratamento e controle fundamentais para a redução desses e suas complicações. Nesse contexto, a ESF se configura, através de seus princípios básicos, como elemento chave no desenvolvimento de ações para controle dessas comorbidades.

A linha de cuidado hoje proposta para o acompanhamento de pacientes portadores de HAS e DM2, envolve supervisão dos mesmos por uma equipe multiprofissional, com avaliação inicial, classificação de risco e definição de prioridades e metas. A assistência a esses pacientes conta com a participação e envolvimento dos mesmos em seu cuidado, além de retornos frequentes a unidade para reavaliação, ajuste de medicações, solicitação de exames laboratoriais, verificação de hábitos alimentares, prática de exercícios físicos e uso de medicamentos. Além disso propõe-se que esses pacientes sejam integrados nas atividades educativas disponíveis na Unidade, sejam elas individuais ou em grupo.

Com o intuito de fornecer melhor atenção aos indivíduos portadores de HAS e DM, e considerando o aumento gradativo na prevalência das mesmas, foi criado em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (PRAHADM) que deu origem ao Hiperdia. Este programa permite cadastrar e acompanhar pacientes com HAS/DM, captados e vinculados às unidades de saúde ou equipes da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). O respectivo Plano contempla uma proposta de reorganização assistencial, na qual se incluem: a implantação do protocolo de assistência ao portador de HAS e DM, reorganização da rede de atenção à saúde para o atendimento a estes pacientes e apoio entre as Secretarias dos diversos níveis para aquisição de insumos estratégicos visando a garantia da resolutividade da atenção (3,4).

Entre as medidas propostas para melhoria do acesso e da qualidade da assistência voltada para os portadores de HAS e DM, o plano preconiza a criação de grupos específicos, com o objetivo de facilitar a adesão ao tratamento medicamentoso e promover maior vínculo entre equipe e paciente, estabelecendo desta forma, um ambiente de promoção à saúde e incentivo às práticas saudáveis, além de constituir um espaço para troca de experiências.(5)

A proposta dos grupos operativos foi feita, inicialmente, por Enrique Pichon, médico psiquiatra e psicanalista, na década de 1940, que os definiu como “um conjunto de pessoas com um objetivo comum”. Os grupos operativos têm sido amplamente utilizados na Atenção Básica, se configurando como um espaço de interação entre os pacientes e profissionais da saúde, permitindo uma maior otimização do trabalho, com participação ativa do indivíduo no processo educativo e redução das consultas individuais. A atividade em grupo permite que todos possam receber orientações, informações, esclarecer dúvidas, e compartilhar experiências, contando com o auxílio de pessoas que convivem com problemas semelhantes. (VINCHA, 2017)

Desse modo, a criação de um grupo, como espaço de acolhimento e escuta, foi a estratégia de intervenção escolhida para fortalecimento do vínculo dos pacientes com a Unidade Básica de Saúde.

## **AÇÕES**

Objetivo Geral:

- ♦ Implementar o programa HIPERDIA na Estratégia de Saúde da Família Santa Maria- Aguaí.

Objetivos Específicos:

- ♦ Realizar um levantamento e atualização de dados referentes ao número de pacientes portadores de HAS e DM na ESF Santa Maria;
- ♦ Ampliar a cobertura e o acompanhamento dos pacientes portadores de HAS e DM;
- ♦ Promover discussões com todos os membros da equipe de saúde da ESF, incluindo o NASF, para apresentação das propostas e capacitação de todos os profissionais para viabilizar a implementação das medidas propostas;
- ♦ Melhorar e aumentar a adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos ao tratamento;
- ♦ Melhorar a qualidade do atendimento e acolhimento;

Metodologia

O presente Projeto de Saúde no Território será realizado no Município de Aguaí – SP, na ESF Santa Maria, inicialmente, no período de 15/03/2020 - 15/10/2020. Para a realização do grupo Hiperdia está sendo debatida se será selecionada uma amostra populacional, constituída por indivíduos portadores de HAS e/ou DM, ou se as reuniões serão abertas ao público portador dessas comorbidades. Está sendo cogitado a realização de uma reunião teste inicial, para avaliação de adesão e estudo do espaço e infraestrutura da unidade. As reuniões com cada grupo irão ocorrer semanalmente, com dia previamente selecionado e informado com antecedência, no espaço da Unidade Básica de Saúde.

Com o intuito de atingir o máximo possível de pacientes, estamos pensando na opção de formar um maior número de grupos, dependendo da adesão da população, cada um composto por cerca de 25 pessoas, e também na possibilidade de rotação dos participantes após um determinado ciclo de palestras. Para a inclusão serão adotados critérios: pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, com diagnóstico e acompanhamento da equipe. Para os pacientes que não conseguirem, em um primeiro momento, participar das atividades em grupo, será elaborado um plano de atendimento, tanto com equipe médica como de enfermagem, com regularidade agendada segundo avaliação individual, e encaminhamentos para outras especialidades, como nutricionista, educador físico e dentista, conforme necessidade.

O registro das reuniões será realizado em livro ata destinado a isto. As atividades a serem desenvolvidas no grupo serão de responsabilidade de toda a equipe multidisciplinar, incluindo médico, enfermagem, técnicas de enfermagem, farmacêutico, nutricionista, educador físico e psicóloga. Inicialmente, cogita-se a discussão de temas como as próprias patologias em si, para maior entendimento de suas complicações e necessidade de cuidados, uso e importância de medidas farmacológicas e não farmacológicas no tratamento das comorbidades, importância do controle glicêmico e de pressão arterial, relevância das atividades físicas, cuidados com o pé diabético. Esses temas serão abordados por meio de palestras e dinâmicas interativas, com o uso de recursos audiovisuais.

## Cronograma

Encontros	Tema	Profissional Responsável
Reunião 1	Entendendo as comorbidades	Médica
Reunião 2	Uso correto das medicações	Farmacêutica
Reunião 3	Alimentação saudável	Nutricionista
Reunião 4	Saúde Bucal	Dentista
Reunião 5	Importância da prática de exercícios físicos	Educadora Física
Reunião 6	A importância do autocuidado	Enfermagem
Reunião 7	Qualidade de vida	Psicóloga
Reunião 8	Sugerido por participantes	A definir
Reunião 9	Sugerido por participantes	A definir
Reunião 10	Sugerido por participantes	A definir



## **RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se a partir dessa intervenção e implantação do grupo Hiperdia, a criação de um espaço de acolhimento e escuta, que possibilite um fortalecimento do vínculo dos pacientes portadores de doenças crônicas com a equipe e a Unidade Básica de Saúde da Família.

Além disso, espera-se garantir melhor assistência a esses pacientes, com maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, redução de queixas iniciais, diminuição dos sintomas e ampliação da rede de suporte, com promoção da saúde e qualidade de vida.

Com isso teremos um melhor controle de níveis pressóricos e glicemia nesses pacientes e, conseqüentemente, uma redução no número e severidade de complicações provocadas pela Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, como infarto agudo do miocárdio, pé diabético, insuficiência renal, acidente vascular encefálico, entre outros. Soma-se a isso o compartilhamento das informações recebidas no grupo com outros membros do núcleo familiar, o que pode contribuir para melhora da qualidade da vida da população, de uma forma geral.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Rev Saude Publica. 2001; 35(6):585-8..

Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. **Completitude dos dados de cadastro de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus registrados no Sistema Hiperdia em um estado do Nordeste do Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva. 2014;19(6):1685-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.02842013>

Souza CS, Stein AT, Bastos GAN, Pellanda LC. **Controle da pressão arterial no Programa Hiperdia**. Arq Bras Cardiol. 2014; 102(6):571-8

VINCHA, Kellem Regina Rosendo; SANTOS, Amanda de Farias; CERVATO-MANCUSO, Ana Maria. **Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências**. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 41, n. 114, p. 949-962, Sept. 2017