



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Tony Sander da Silva Santos

# Implantação de ações do Grupo Hiperdia nos usuários da Unidade Básica de Saúde Natal, no município de Sapucaia do Sul - RS

Florianópolis, Janeiro de 2023



Tony Sander da Silva Santos

Implantação de ações do Grupo Hiperdia nos usuários da Unidade  
Básica de Saúde Natal, no município de Sapucaia do Sul - RS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Ana Lucia Danielewicz  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023



Tony Sander da Silva Santos

## Implantação de ações do Grupo Hiperdia nos usuários da Unidade Básica de Saúde Natal, no município de Sapucaia do Sul - RS

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Marta Inez Machado  
Verdi**

Coordenadora do Curso

---

**Ana Lucia Danielewicz**

Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023



# Resumo

**Introdução:** Uma das principais causas de mortes hoje no mundo se deve às doenças crônicas não transmissíveis. Dentre elas, destacam-se a Diabetes tipo 2, a Hipertensão Arterial Sistêmica e os problemas relacionados às dislipidemias. Sabe-se que essas doenças podem gerar diversas complicações aos pacientes, especialmente quando não controladas corretamente. **Objetivo:** Propor a formação do Grupo Hiperdia para aumentar o conhecimento sobre o controle da Diabetes Mellitus (DM) e da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nos usuários da Unidade Básica de Saúde Natal, no município de Sapucaia do Sul - RS. **Metodologia:** O Grupo Hiperdia criado na ESF Natal terá foco na população adulta e de ambos os sexos. Serão realizadas atividades de renovação de receitas dos medicamentos contínuos e, conjuntamente, serão propostas palestras com temas que visem esclarecer as dúvidas dos pacientes sobre as doenças. Além disso, serão aferidos e controlados os valores de PA e HGT, medidas de circunferência abdominal, dentre outras. Os profissionais envolvidos, tarefas, datas e quantidade de pacientes atendidos em cada encontro serão definidos em equipe previamente. **Resultados esperados:** espera-se que com a realização do grupo os pacientes tomem consciência sobre a importância do controle das suas doenças para evitar complicações importantes. Que todos possam esclarecer suas dúvidas referentes aos medicamentos utilizados, e adquiram hábitos saudáveis com relação à alimentação e prática regular de atividade física. Também espera-se aumentar e fortalecer o vínculo da equipe com a população, que devido à sua localização desfavorável acaba sendo dificultado.

**Palavras-chave:** Alimentação, Diabetes Mellitus Tipo 2, Dislipidemias, Hipertensão





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>13</b>
3.1	Hipertensão Arterial Sistêmica	13
3.2	Diabetes Mellitus	14
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>17</b>
4.1	Delineamento do estudo	17
4.2	População alvo e local do estudo	17
4.3	Estratégias e ações	17
4.4	Cronograma e Equipe	18
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>19</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>21</b>



# 1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Natal localiza-se no município de Sapucaia do Sul - RS. Nesta UBS são atendidos usuários do bairro Walderez. Infelizmente há difícil acesso da população à UBS, uma vez que a Rodovia RS-118 se encontra entre o bairro e a UBS, o que dificulta os pacientes se locomoverem até a mesma.

A população é composta basicamente por famílias e idosos aposentados. Conseqüentemente, há predomínio de doenças crônicas na população, principalmente a Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Devido o local estar próximo de uma rodovia em grande zona de prostituição e uso de substâncias ilícitas.

A população é composta por 2269 usuários divididos em 690 pessoas de 0 a 19 anos de idade, 1026 adultos de 20 a 59 anos de idade, e 580 idosos com mais de 60 anos de idade.

Tratando-se da frequência das doenças, foram identificadas 8 pessoas com HIV na população do bairro no ano de 2016. A incidência de DM em idosos foi de 140 para cada 1000 habitantes no ano de 2016 e a prevalência de HAS na comunidade corresponde a 20%.

A grande maioria dos motivos de procura na UBS são pessoas com doenças crônicas. Também há procura de vacinas que são realizadas e o acompanhamento de gestantes, para ser supervisionada as gestações e conseqüentemente a procura para realizar consultas de puericulturas. São realizadas os testes de glicemia capilares, papanicolau, testes rápidos para detecções de infecções sexualmente transmissíveis.

As principais queixas são HAS descontrolada e DM2 tipo II descompensadas, e cervicalgias relacionadas principalmente às discopatias degenerativas. Nota-se que a população apresenta alto índice de doenças mentais e conseqüentemente, população dependente de remédios controlados.

O principal problema da população seria o difícil acesso da população à UBS. Com isso há grande dificuldade de realizar o controle das doenças crônicas da população. É sempre complicado cumprir os retornos de acompanhamentos e as renovações de receitas, ou seja, o acompanhamento ideal da população. Isso acaba deixando a equipe sem ação diante dos paciente adultos e idosos com HAS e DM2. O quadro de alguns pacientes não apresenta evolução favorável, causando frustração da equipe, uma vez que o paciente busca a UBS quando apresenta os sintomas devido ao descontrole das doenças.

Com base na 7<sup>a</sup> Diretriz de Brasileira de Cardiologia, dados norte americanos revelaram que a HAS estava presente em 69% de paciente que posteriormente apresentaram IAM. Outros 75% apresentaram insuficiência cardíaca. A HAS é responsável, segundo este estudo, por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE. No Brasil a HAS atinge 36 milhões de adultos, sendo a maioria ou 60% deles idosos, contribuindo

direta ou indiretamente para 50% de mortes por doenças cardiovasculares(SBC, 2016).

Em 2018 estimou-se que 11,4% da população de 20 a 79 anos de idade vive com DM, seja tipo I ou II. A OMS relata que o terceiro fator de morte prematura é causado por glicemia elevada. A DM é responsável por complicações como doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, insuficiências renais e amputações de membros inferiores não traumáticas, acarretando elevado custo para os serviços de saúde pública dos países. Devido a estes fatores pode-se concluir que uma das maneiras de tentar combater o avanço tanto da DM, quanto da HAS, seria através da prevenção e promoção da saúde(SBC, 2016).

Devido a esse quadro foi escolhido, juntamente com a equipe de enfermagem e agentes comunitárias de saúde, o grupo HIPERDIA para ser o foco do presente projeto. Pretende-se realizar palestras sobre medidas preventivas, uso correto de medicamentos, hábitos saudáveis, ou seja, realizando prevenção e promoção da saúde na atenção primária.

Esse tema é importante para a população perceber a preocupação da equipe com sua saúde, a qual busca ofertar melhor qualidade de vida e evitar complicações e óbitos. Este projeto é absolutamente viável, uma vez que seguirá como exemplo outras UBS que já o implantaram e obtiveram excelente evolução relacionada à prevenção e à promoção de doenças crônicas nas suas populações. O projeto será realizado em época oportuna, uma vez que as faltas em consultas agendadas tem aumentado gradativamente devido ao acesso precário à UBS. Tanto a população, quanto a equipe de saúde estão entusiasmados com a ideia do projeto.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

- Propor a formação do Grupo Hiperdia para aumentar o conhecimento sobre o controle da Diabetes Mellitus (DM) e da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nos usuários da Unidade Básica de Saúde Natal, no município de Sapucaia do Sul - RS.

### 2.2 Objetivos específicos

- Realizar palestras educacionais aos pacientes do Grupo Hiperdia;
- Renovar receitas de medicamentos aos pacientes do Grupo Hiperdia;
- Orientar sobre uso de medicamentos adequado e realizar medidas da pressão arterial e glicemia capilar aos pacientes do Grupo Hiperdia;
- Manter o controle dos pacientes ativos do Grupo Hiperdia com relação ao seu perfil sociodemográfico, condição de saúde, estilo de vida e controle das doenças.



## 3 Revisão da Literatura

### 3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente a HAS se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). A HAS mantém associação independente com outros eventos, como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal(SBC, 2016).

Partindo para o contexto e a história da HAS, a primeira medida da pressão arterial foi feita em 1733, pelo inglês Stephen Hales (1677-1761), reverendo perpétuo de Teddington. Hales, na realidade, estava interessado na fisiologia do fluxo dos fluidos, especialmente em saber como a seiva atingia o topo de uma árvore. Auxiliado pelo ex-estudante de Medicina, William Stukelcy, e com o objetivo de fazer analogia com a circulação da seiva, introduziu um tubo de vidro na artéria crural esquerda de uma égua doente; ao soltar a ligadura da artéria, observou que a força do ventrículo esquerdo elevava a coluna de sangue a 2,5 m de altura, que, por sua vez, oscilava de acordo com a sístole e a diástole, respiração e movimentos do animal para se desvencilhar das amarras. Em outro experimento em cavalo, encontrou a pressão da veia jugular de 30 cm, com o animal em repouso, e de 132 cm, quando excitado. Esse experimento está muito bem representado em um dos afrescos de Diego Rivera, de 1945, que se encontra no Instituto de Cardiologia do México, feito por encomenda do Dr. Ignacio Chávez, quando procurou ilustrar a história da Cardiologia(SBC, 1998).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (BRASIL, 2013).

O Brasil tem adotado através de políticas públicas formas para diminuir o aumento de pessoas com problemas cardiovasculares, uma das medidas foi o aumento nos últimos anos de recursos para área de atenção básica porém seguimos com muito a melhorar.

## 3.2 Diabetes Mellitus

A diabetes mellitus (DM) engloba um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006).

Em 1500 antes de Cristo, médicos egípcios descreveram casos de pessoas que urinavam muito e emagreciam até a morte. Aretaeus, médico que viveu na Grécia entre os anos 80 d.C. e 138 d.C., criou o termo diabetes mellitus para fazer referência ao gosto adocicado da urina desses pacientes. Foi apenas em 1776 que Matthew Dobson desenvolveu um método para determinar a concentração de glicose na urina, livrando os médicos do dissabor de prová-la. A doença, entretanto, só foi reconhecida como entidade clínica em 1812, ano da publicação do primeiro número do *The New England Journal of Medicine*, a revista médica mais lida pelos médicos de hoje. Nesse tempo, a fisiopatologia e a prevalência do diabetes na população eram desconhecidos. Como não existia tratamento específico, em semanas ou poucos meses depois do diagnóstico todos morriam. No ano da proclamação da República no Brasil, 1889, os alemães Oskar Minkowski e Joseph von Mering verificaram que a retirada do pâncreas de cachorros levava-os ao óbito por diabetes. Ficava demonstrado que a origem da doença estava ligada ao pâncreas.

Em 1910, Edward Sharpey-Schafer levantou a hipótese de que o diabetes seria causado pela deficiência de uma única substância química, produzida no pâncreas pelas células das ilhotas de Langerhans. Por essa razão, ele a batizou com o nome de insulina, derivado da palavra latina *insula* (ilha). Finalmente, em 1921, logo depois da Primeira Guerra Mundial e da epidemia de gripe espanhola, Frederick Banting e Charles Best publicaram a prova definitiva. Injetaram em cachorros diabéticos, extratos de células das ilhotas de Langerhans retiradas do pâncreas de cachorros saudáveis, revertendo o quadro de



diabetes(VARELLA, 2012).

Tanto a frequência de novos casos (incidência) como a de casos existentes (prevalência) são informações importantes para o conhecimento da carga que o diabetes representa para os sistemas de saúde. A incidência traduz o risco médio da população em adquirir a doença, além de servir de parâmetro para a avaliação do impacto produzido por medidas de prevenção. A prevalência é um indicador da magnitude da carga atual que a doença representa para os serviços de saúde e para a sociedade, bem como um preditor da futura carga que as complicações crônicas do diabetes representarão.

Há marcantes diferenças na prevalência do diabetes entre diversos países. As taxas mais elevadas foram observadas em países-ilhas do Pacífico, como Tokelau (37,5%), Estados Federados da Micronésia (35,0%) e Ilhas Marshall (34,9%), por exemplo. As prevalências de diabetes também são elevadas, em torno de 20%, em alguns países do Oriente Médio, como Arábia Saudita, Kuwait e Qatar. Na região das Américas, as taxas mais elevadas encontram-se no México (11,8%), nos Estados Unidos da América (10,9%), no Chile (10,4%), no Canadá (10,2%), em Cuba (9,7%) e no Brasil (9,0%). Também se observam marcantes diferenças entre grupos étnicos. Por exemplo, os indígenas norte-americanos apresentam 2,7 vezes mais diabetes do que a população não indígena; entre os índios Pima, do Arizona, praticamente metade da população adulta apresenta diabetes. No Brasil, já tem sido descrita uma elevada prevalência de diabetes (28,2%) entre os índios Xavante do estado de Mato Grosso, o que evidencia ser a população nativa das Américas um grupo de maior risco para diabetes(OLIVEIRA et al., 2017).

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se em 7,6% a prevalência de diabetes na população adulta. Dados mais recentes apontam para prevalências mais elevadas, como 15% em Ribeirão Preto (SP). Estudo recente realizado em seis capitais brasileiras, com servidores de universidades públicas na faixa etária de 35 a 74 anos, incluindo teste oral de tolerância à glicose, encontrou prevalência de 20%, em que aproximadamente metade dos casos não tinha diagnóstico prévio.Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde, estimou que 6,2% da população brasileira com 18 anos de idade ou mais referiu diagnóstico médico de diabetes, sendo de 7,0% nas mulheres e de 5,4% nos homens, com maior taxa de diabetes (9,6%) nos indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto(OLIVEIRA et al., 2017).

Uma parte que tem que ser levado em conta são as políticas públicas para tentar melhorar a qualidade de vida dos paciente; Ao planejar o atendimento ao diabetes em um serviço de atenção básica, deve-se estabelecer até que grau de complexidade se dará o controle glicêmico — apenas com tratamento com hipoglicemiante oral ou, além deste, também com insulina, pois, o grau de treinamento da equipe e os recursos necessários no serviço aumentam com a complexidade do manejo (OLIVEIRA et al., 2017).

A Portaria n° 493 de 13 de março de 2006 do Ministério da Saúde considera 11% a

prevalência de diabetes na população acima de 40 anos. A proporção de utilização da ESF como fonte habitual de cuidado é variável entre as equipes, dependendo do perfil socioeconômico e cultural da população, e deve ser levado em conta por cada uma das equipes ao realizarem seu planejamento, sendo importante, no entanto, ter esse número como meta ideal da cobertura que deve ser identificada, utilização de outros profissionais da unidade de saúde é de suma importância para ajudar no controle dos paciente, como por exemplo visitas domiciliares através dos ACS. Enfim, a relevância que é de suma importância, pois igual aos paciente com HAS, os diabéticos também representam número elevado na sociedade e apresentam várias complicações de saúde.

## 4 Metodologia

### 4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um projeto de intervenção que será realizado com objetivo de propor a formação do Grupo Hiperdia para aumentar o conhecimento sobre o controle da Diabetes Mellitus (DM) e da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nos usuários da Unidade Básica de Saúde Natal, no município de Sapucaia do Sul - RS.

### 4.2 População alvo e local do estudo

O Grupo Hiperdia criado na ESF Natal, terá foco na população adulta, de ambos os sexos, residentes do bairro Walderez, no município de Sapucaia do Sul -RS, que apresentem diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e/ou dislipidemia. As atividades presenciais serão realizadas no salão paroquial Nossa Senhora Auxiliadora no bairro onde se localiza a ESF.

### 4.3 Estratégias e ações

A primeira atividade a ser realizada será a renovação de receitas de medicamentos contínuos, as quais serão entregues nos dias dos encontros presenciais. Conjuntamente serão realizadas palestras com temas que visem esclarecer as dúvidas dos pacientes, e ainda, será realizado ainda controle de PA e HGT, medidas de circunferência abdominal, dentre outras.

Será realizada uma lista com 20 nomes de pacientes para cada data de grupo, que deverá ser preenchida uma semana antes. Com o apoio da ACS os pacientes serão contatados e informados sobre a data, horário e local de entrega das receitas com participação presencial obrigatória.

As palestras terão duração de no máximo 20 minutos para que não ocorram distrações e os integrantes possam absorver melhor todas as informações. Posteriormente, será realizado o controle de PA e HGT com o auxílio da equipe de enfermagem, e ao final serão entregues os medicamentos.

Para os pacientes com alterações dos valores normais na PA e HGT será agendada a consulta em data posterior para seja possível realizar a avaliação detalhada e o controle dos medicamentos, além das orientações necessárias quanto ao estilo de vida e redução dos riscos de complicações.

## 4.4 Cronograma e Equipe

O grupo será realizado durante todos os meses de 2019, sempre às quarta-feiras. Terá duração de duas horas, com início às 14h30min e finalização às 16h30min.

Com relação à equipe, o médico será responsável por renovar receitas e ministrar palestras; o enfermeiro responsável por ministrar as palestras e auxiliar no controle de participantes, números de faltosos e organização administrativa para que os profissionais possam se deslocar nos dias de encontros. Os agentes comunitários de saúde serão responsáveis por entrar em contato com os pacientes, divulgar o grupo na comunidade, realizar visitas domiciliares para aqueles que não freqüentarem o grupo e indentificar o motivo das faltas. As auxiliares de enfermagem irão realizar tanto o controle de HGT quanto aferir a PA dos pacientes. A recepcionista poderá esclarecer eventuais dúvidas sobre datas e horários.

## 5 Resultados Esperados

Com o presente projeto, pretende-se identificar as principais características dos pacientes participantes, referentes à idade, sexo, cor da pele e perfil social.

Com isso, almeja-se traçar um perfil da população que reside nesse território e, consequentemente, obter valores esperados com relação à PA (para pacientes hipertensos) e redução dos valores de IMC (para os pacientes com histórico de dislipidemia). Também espera-se, que os valores, tanto de triglicérides, quanto de colesterol elevado, reduzam de níveis satisfatórios. Para os pacientes com DM espera-se poder compensar o máximo possível os valores de glicemia elevados.

Que todos os pacientes possam esclarecer suas dúvidas referentes aos medicamentos utilizados, especialmente com relação à efeitos esperados e adversos. Outro fator é a melhora da alimentação dos pacientes, por meio de aprendizados sobre a preparação dos mesmos, quais devem ser evitados, e também a conscientização da importância da prática regular de atividade física no tratamento associado à medicação.

Por fim, espera-se aumentar e fortalecer o vínculo da equipe com a população, que devido à sua localização desfavorável acaba sendo dificultado. Assim, novos encontros para pacientes que apresentem outras doenças crônicas poderão ser planejados, já que a população e a UBS estarão mais próximas e com maiores chances de obter bons resultados junto à comunidade.



## Referências

- BRASIL, M. da Saúde do. Diabetes mellitus. *Cadernos de Atenção Básica - n.º 16*, p. 1–64, 2006. Citado na página 14.
- BRASIL, M. da Saúde do. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica*, p. 1–128, 2013. Citado na página 14.
- OLIVEIRA, J. E. P. de et al. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2017-2018. *SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES*, p. 1–383, 2017. Citado na página 15.
- SBC, S. B. D. C. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq. Bras. Cardiol*, v. 7, n. 3, p. 1–10, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 13.
- SBC, S. B. de C. *III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial*. 1998. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/consenso3.asp>>. Acesso em: 04 Dez. 2018. Citado na página 13.
- VARELLA, D. *A história do diabetes*. 2012. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/a-historia-do-diabetes/>>. Acesso em: 04 Dez. 2018. Citado na página 14.