



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Ricardo dos Santos Abrahao

Otimização do trabalho com o programa de hipertensão e diabetes na atenção primária

Florianópolis, Março de 2023

Ricardo dos Santos Abrahao

Otimização do trabalho com o programa de hipertensão e diabetes
na atenção primária

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: Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Ricardo dos Santos Abrahao

Otimização do trabalho com o programa de hipertensão e diabetes
na atenção primária

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. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

**Daniela Priscila Oliveira do Vale
Tafner**
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

O presente Trabalho de Conclusão de Curso teve como objetivo implementar o programa Hiperdia na estratégia de saúde da família no Município de Cariacica - ES. Após realização do diagnóstico situacional, verificou-se que a unidade não executava o programa Hiperdia de forma integral, que estavam sendo realizadas apenas ações fragmentadas. A partir dessa realidade, foi elaborado um plano de intervenção ao qual necessitamos da ajuda tanto da equipe de saúde, quanto da secretaria de saúde afim de promover a expansão e o conhecimento do programa a uma maior parte da população. Com isso visamos observar um resultado satisfatório com a presença de grande parte dos pacientes cadastrados no programa, o que possibilitaria a redução de riscos relacionados às complicações do diabetes e da hipertensão, articulando atividades de promoção e prevenção das doenças, despertando o interesse e a participação dos presentes, bem como maior controle pressórico e da taxa de glicemia, incentivando a mudança de hábitos, como no caso da alimentação correta, redução do sedentarismo, controle do tabagismo, importância da atividade física, visando melhor qualidade de vida. Dessa forma, conclui-se que as ações de saúde preventiva e multiprofissionais são de suma importância para a efetivação do programa Hiperdia, devendo estar atrelada à participação efetiva de todos os profissionais da rede para realizar ações integrais e não fragmentadas.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo 1, Diabetes Mellitus Tipo 2, Diabetes Mellitus, Hipertensão, Planos e Programas de Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

Atuo alocado na unidade básica de saúde de Porto de Santana, que é uma unidade onde passam um grande número de pessoas por dia e muitos deles são pacientes novos, pois a unidade se localiza em uma região centralizada em relação a outras unidades que abrangem outras áreas. Atualmente o município sofre um grande problema que é a falta do profissional médico nas unidades de saúde e onde possui médicos, os mesmos estão sobrecarregados, fazendo com que esses pacientes migrem para outras localidades afim de conseguir atendimento. Porto de Santana é um bairro mediano localizado na região 1 do município de Cariacica e dentro dessa região 1 se encontram os bairros Aparecida, Flexal 1, Flexal 2, Nova Canaã, Porto Novo, Presidente Médice e Retiro Saudoso sendo que segundo censo do IBGE de 2019 observa-se que Cariacica tem um número de munícipes de 381.285 mil e segundo censo do IBGE de 2010 a região 1 onde se encontra a unidade de Porto de Santana conta com um total de 43.156 mil munícipes sendo esse o segundo maior número entre as regiões 1 a 13, é uma região que vem crescendo cada vez mais assim como as outras regiões de Cariacica pois Cariacica é considerada a "porta de entrada" de Vitória. O município é cortado pelas rodovias BR 101 e BR 262, as duas principais rodovias federais que atravessam o Estado do Espírito Santo. O município também é cortado pela rodovia estadual ES-080, que liga a região serrana do Espírito Santo à Grande Vitória. Neste município também se encontra a Estação Ferroviária Pedro Nolasco, ponto de partida do trem de passageiros que liga a cidade a capital do estado de Minas Gerais, Belo Horizonte e seus centros comerciais são Campo Grande, Bela Aurora, Castelo Branco, Jardim América, Porto de Santana e Itacibá. Então por isso vemos esse aumento da população que não é acompanhada pela infraestrutura urbana do município. Vale ressaltar que dos 78 municípios do Espírito Santo, Cariacica é a cidade com a menor renda per capita do Estado, sendo o único município capixaba que se enquadra no G100.

Na região onde se encontra a unidade de Porto de Santana vemos uma população carente com uma renda familiar baixa, residindo em moradias precárias, com grande número de famílias sem saneamento básico, inserida em um meio violento no que diz respeito ao tráfico e ao aprofundar mais na comunidade vemos uma grande parte dessa população desassistida tanto em relação a saúde como em relação e educação por não possuir muitos serviços públicos próximos, tudo isso observado durante algumas visitas que realizamos em áreas descobertas a pedido da secretaria de saúde à famílias com algum problema relacionado a violência, saúde ou problemas familiares. Em dados coletados disponibilizados pelo DATASUS utilizando fontes do IBGE vemos uma queda na taxa de analfabetos no ano 1991 a 2010 com um número de 24.513 analfabetos com idade acima de 15 anos indo para 15.758, porém a população vem crescendo rapidamente e o município não consegue acompanhar esse crescimento e hoje não encontro mais dados disponíveis

para demonstrar esses números. O último censo realizado encontrado foi do ano de 2010 com uma população residente de 348.738 pessoas e uma população estimada de 2018 de 378.603 pessoas. Com dados de 2009, obtém-se 126.702 crianças e adolescentes de 0-19 anos, 208.488 adultos de 20-59 anos, 30.670 pessoas com mais de 60 anos e uma taxa de natalidade de 5.789 no ano de 2008.

Tanto em atendimento dentro e fora da unidade vemos muitos pacientes idosos com mais de 70 anos com e sem comorbidades desacompanhados e pacientes acima de 40 anos com comorbidade e que possuem dificuldade tanto na adesão do tratamento como no entendimento em relação ao uso das medicações e dieta adequada a sua condição, esses pacientes na maioria diabéticos e hipertensos chegam sempre a unidade para renovar receita de uso contínuo ou para verificar pressão arterial ou glicemia capilar e acabam caindo nas vagas de emergência da unidade de saúde por apresentarem alterações nos níveis glicêmicos e/ou pressóricos tendo que ser encaminhados ao pronto atendimento. Relacionados ao número de idosos com diabetes e pacientes hipertensos, me baseio em meus atendimentos e feito um levantamento dos dias em que trabalhei na unidade, vejo que no total de adultos atendidos, uma porcentagem aproximada de 70% são pacientes diabéticos e/ou hipertensos e que dos 70% pelos menos 30% são pacientes com 60 anos ou mais, além disso, na minha unidade realizamos visitas domiciliares e grande parte dos pacientes que recebem a visita são pacientes portadores de tais comorbidades. O município possui uma taxa de mortalidade geral de 2.377, sendo 1.134 causadas por doenças crônicas no ano de 2017 (IBGE) outro dado importante encontrado foi que em outubro de 2015, após ser reestruturado, o Pronto Atendimento Monsenhor Rômulo Neve Balestrero, no Trevo de Alto Lage, passou a atender por 24 horas, sete dias por semana. Mensalmente, realiza uma média de 30 mil atendimentos (dados colhidos no site <https://www.cariacica.es.gov.br/noticias/46532/cariacica-investe-4658pct-da-sua-arrecadacao-em-saude-e-educacao>), então nesse caso não tratar esses pacientes bem na atenção primária acaba sobrecarregando ainda mais o sistema.

Tendo em vista essa demanda que sempre se repete na unidade, o problema a ser tratado hoje na comunidade é o de ajudar os pacientes portadores de hipertensão e/ou diabetes a entender essas doenças e acompanhar de perto esses pacientes para evitar que a população sobrecarregue o sistema secundário e terciário de saúde, e também evitar que esses pacientes se tornem pacientes que estarão gerando gastos na saúde devido a fatores relacionados a suas doenças de base com por exemplo um paciente de 40 anos com AVC que necessitou de internação ou um paciente com uma ferida diabética que necessitou de amputação de um membro e serão pacientes que brevemente terão que recorrer ao INSS por estarem incapacitados, sendo que grande parte desses ocorridos podem ser evitados ou diminuídos com a instrução e o bom controle feito na atenção primária.

Hipertensão e diabetes são duas doenças crônicas não transmissíveis que estão frequentemente associadas. Ambas são um verdadeiro problema de saúde pública no Brasil

e outros países em virtude, principalmente, do grande número de casos descobertos todos os dias.

Apesar de serem diferentes, elas estão relacionadas e têm traços em comum, especialmente pelo fato de apresentarem causas, fatores de risco e complicações.

A diabetes pode ser classificada em 4 modalidades, sendo elas a diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, pré diabetes e diabetes gestacional cada um desses tipos tem sua própria característica, mas todas a mesma causa. Diabetes é uma doença causada pela produção insuficiente ou má absorção de insulina, hormônio que regula a glicose no sangue e garante energia para o organismo, e essa má absorção ou deficiência de produção que produz os altos índices de glicemia no sangue.

A hipertensão arterial ou pressão alta é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Ela acontece quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg (ou 14 por 9). Podemos classificar a hipertensão da seguinte forma, hipertensão primária que seria os elevados níveis pressóricos sem causa definida e hipertensão secundária, como o próprio nome já diz se trata de um aumento dos níveis pressóricos secundário a alguma patologia ou algum fator com por exemplo excesso de sal na comida ou obesidade.

Hoje nosso foco é no diabetes tipo 1 e 2 e a hipertensão em geral pois o ministério da saúde traçou o perfil do brasileiro em relação as doenças crônicas mais incidentes no país: 7,4% tem diabetes, 24,5% tem hipertensão. A pesquisa mostrou que, no período entre 2006 e 2019, a prevalência de diabetes passou de 5,5% para 7,4% e a hipertensão arterial subiu de 22,6% para 24,5%. Em relação à diabetes, o perfil de maior prevalência está entre mulheres e pessoas adultas com 65 anos ou mais. O mesmo perfil se aplica a hipertensão arterial, chegando a acometer 59,3% dos adultos com 65 anos ou mais, sendo 55,5% dos homens e 61,6% das mulheres (Vigitel 2019).

Quanto às complicações, encontraram-se coronariopatias, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal, presentes em usuários com hipertensão, com diabetes e com as duas doenças, hoje uma grande parte desses pacientes já possuem uma ou mais complicações decorrentes dessas doenças, o que diminui a qualidade de vida desses pacientes e dificulta ainda mais o tratamento que já é oneroso ao paciente e so torna oneroso também ao governo, em 2000, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 15,2 % das internações realizadas no SUS, na faixa etária de 30 a 69 anos. Do total de casos, 17,7 % foram relacionados ao Acidente Vascular Encefálico e ao Infarto Agudo do Miocárdio (Ministério da Saúde- DATASUS, SIM, 2000). Estas doenças são de grande importância epidemiológica, visto o seu caráter crônico e incapacitante, podendo deixar sequelas para o resto da vida. Dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorreram dessas doenças.

A cronicidade dessas condições e o grande impacto no perfil de morbimortalidade na população brasileira, trazem um desafio para o sistema público de saúde que é a

garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes a Promoção de Saúde e a prevenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis, em especial para DM e HA.

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, implementado pelo Ministério da Saúde (MS), tem por objetivo estabelecer as diretrizes e metas para essa reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS), investindo na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico e proporcionando a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores. O atendimento eficiente e eficaz no sentido de contribuir para a redução da morbimortalidade associada à HA e ao DM no país depende, sobretudo, do estabelecimento de bases construídas a partir da pactuação solidária entre a União, estados e municípios, contando com o apoio e a participação das sociedades científicas e das entidades de portadores dessas patologias. As primeiras etapas da reorganização são descritas estabelecendo os compromissos institucionais para sua operacionalização em todos os municípios brasileiros. As etapas mobilizadoras são fundamentais para criar o vínculo entre os portadores desses agravos e as equipes de atenção básica. Esse nível do SUS tem a capacidade de tratar e acompanhar mais de 65% dos casos detectados. A Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, é responsável pela coordenação e gerência de todas as ações de implantação do Plano desenvolvidas em nível nacional, além da assessoria contínua aos estados e municípios

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as Unidades Básicas de Saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desses agravos pois esse acompanhamento poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo assim o número de internações e a mortalidade. Cada profissional da equipe formada nas Unidades Básicas de Saúde tem uma função importante e deve atuar de forma integrada afim uma boa abordagem da hipertensão arterial e do diabetes, então a equipe deve realizar buscas, sabendo qual é o fluxo após a identificação desses pacientes, além disso realizar um cadastro desses pacientes para inseri-los nos programas já existentes e ter um melhor controle desse paciente em relação ao acompanhamento mensal.

Atualmente em nossa unidade como contamos com uma equipe formada com todos os profissionais, realizamos com frequência o programa nacional de hipertensão e diabetes o HIPERDIA, que é a forma que conseguimos de atingir um grande número de pacientes já portadores dessas doenças e ainda conseguimos registrar novos casos na comunidade, porem hoje possuímos uma deficiência no município, que são as áreas descobertas que possuem apenas unidades de saúde referência, mas que por vezes são distantes e acabam dificultando a ida dos pacientes a unidade ou o encontro do paciente com a equipe de saúde.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Construir um plano de ação em conjunto com equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde de Porto de Santana buscando reduzir o número de novos casos através da conscientização, ter um melhor controle dos casos já conhecidos e ampliar o programa HIPERDIA, realizando os atendimentos em áreas onde a população tem difícil acesso a um atendimento de saúde e assim reduzindo as complicações advindas dessas doenças crônicas.

2.2 Objetivos específicos

- Mapear os pacientes portadores de hipertensão e diabetes da equipe de saúde da UBS de Porto de Santana ,
- Desenvolver palestras e capacitação para os membros da equipe afim de melhorar a abordagem aos pacientes.
- Sensibilizar a secretária sobre a importância das ações preventivas e curativas, através de práticas efetivas, na detecção precoce dos sintomas de hipertensão e diabetes na população;
- Solicitar apoio para promover a ampliação da realização do HIPERDIA em áreas mais carentes em relação a saúde.

3 Revisão da Literatura

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus utiliza estratégias como reuniões mensais com ações educativas, estímulo à realização de atividades físicas, consultas médicas agendadas e entrega de medicamentos. Cada município possui uma programação local de atividades para os usuários cadastrados no Programa de HA e DM(SAÚDE, 2001).

O Hiperdia se constitui como uma estratégia: "De acompanhamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos, com as funções de vincular o paciente à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Equipe de Saúde da Família (ESF) (Figueiredo Junior et al., n.d, p. 2)(SAÚDE, 2013).

Ocorre no nível primário de atenção à saúde, conjuntamente com o apoio dos 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 (Figueiredo Junior et al., n.d, p. 2). Fazem parte da proposta do programa estabelecer vínculos entre usuários e equipe e considerando sua realidade social (Assis et al., 2012), convergindo com a perspectiva de um cuidado mais integrador, e voltado para uma dimensão mais holística do ser (Pimentel, Vale et al., 2014) (FEITOSA; PIMENTEL, 2016).

O cadastro e o acompanhamento dos usuários portadores de HA e ou DM são realizados por meio do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), criado em 2002. Este sistema gera as informações para os profissionais e gestores das Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde. Para o alcance da melhoria dos efeitos dos serviços na saúde da população é preciso prestar atenção à qualidade da assistência oferecida. Com esta finalidade, enfatiza-se a importância da avaliação como uma forma de verificar as condições em que as ações de saúde são desenvolvidas(SILVAI et al., 2015).

A estratégia de saúde da família é a estrutura fundamental para a viabilização da APS. Tem como campo de atuação um território definido, uma população adscrita e um processo de trabalho realizado em equipe (CONASS, 2017)(SAÚDE, 2020). O território compreende um espaço social onde vive uma população definida e onde a organização da vida dessas pessoas em sociedade obedece a um processo historicamente construído. O trabalho da equipe, realizado em territórios, é uma estratégia fundamental da Atenção Básica a Saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS), para descentralizar e melhor organizar os serviços, respeitando, sempre, as características locais. Objetiva-se em cada território dar autonomia aos dirigentes, bem como aos trabalhadores em saúde, para que juntamente a população conheçam os programas que mais se identificam as necessidades daquela comunidade, para que possam planejar, implementar e gerenciar adequadamente os mesmos (SANTOS, 1990, apud FARIA et al., 2009)(CRUZERA; UTIMURA; ZATZ,

1998)

No território, os processos de trabalho em saúde não podem se basear apenas nos estudos da origem biológica, de ocorrência de doenças; é necessário que se conheçam onde, em quem, com que frequência, como e por que as doenças ocorrem. Necessário se faz conhecer as condições em que vivem as pessoas enfermas, o valor por elas atribuído a essas doenças e os prováveis fatores que condicionam e determinam o surgimento e a manutenção dessas enfermidades (SANTOS, apud FARIA et al., 2009).

4 Metodologia

Este estudo será desenvolvido com uma abordagem qualitativa com uma perspectiva de estudo longitudinal, utilizando dados baseados na população da localidade próxima a unidade de saúde, pois como descrito anteriormente neste trabalho, hoje o município não fornece uma estatística correta sobre os pacientes diabéticos e hipertensos.

Como instrumento para a pesquisa de campo será descrito os casos encontrados nessa população ao qual fazem parte pessoas sem comorbidades e as portadoras de tal que são em sua maioria hipertensos e diabéticos.

Critérios de inclusão na pesquisa serão os pacientes que frequentam a unidade de saúde e que não participam do programa HIPERDIA. Justifica-se pois o município já estão utilizando o programa HIPERDIA

A coleta de dados se dará antes da consulta dos pacientes no hiperdia, sendo desenvolvida através de um questionário pré-estruturado com questões abertas, aplica-lo antes das consultas afim de que o paciente forneça informações que envolvam familiares afim de uma busca ativa dentro da família, procurando-se casos novos ou casos antigos sem acompanhamento.

A análise dos dados se dará segundo Minayo, propõe, que após a coleta de dados a elaboração do tratamento do material recolhido no campo deve ser subdividido em: a) ordenação; b) classificação; c) análise propriamente dita; na parte da análise, essa se subdivide em três momentos, que não são estanques, e, sim, como um roteiro didático para a análise.

Na 1º etapa, pré-análise: que é a construção inicial de indicadores para a análise, retomada dos objetivos, definição de unidades de registro – palavras chaves ou frases; e de unidade de contexto – delimitação. Na 2º etapa, exploração do material: referência dos índices e a elaboração de indicadores, categorização. E na última etapa, 3º etapa, Tratamento dos dados e interpretação: Interpretação dos dados brutos e estabelecimento de quadros de resultados.

Durante toda a realização desta pesquisa, respeitar-se-á as normas, os princípios, os direitos e os deveres pertinentes à conduta ética e profissional, respeitando e mantendo-se sigilo por parte dos participantes que fizerem parte deste estudo.

5 Resultados Esperados

Como resultados desejando nesta pesquisa, esperamos desenvolver uma adaptação e organização da forma de trabalhar com o programa HIPERDIA , levando em consideração as especificidades da população assistida além das características vigentes no município, de forma que o programa se encaixe na nossa forma de trabalho no município, visto que o programa HIPERDIA foi criado recentemente pelo Ministério da Saúde, em 2002, no Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial sistêmica e ao diabetes mellitus. Então ainda existem vários pontos a serem melhorados no programa e alguns pontos devem ser adaptados a situação de cada município e cada ESF.

Esperamos também que de alguma forma exista de vincular o HIPERDIA ao sistema de informação vigente no município, facilitando assim o acesso de outros profissionais ao número total e a esses pacientes, visto que hoje observa-se em nosso município a grande rotação de médicos nas equipes, dificultando a vinculação desses pacientes e população a qualquer programa.

Estes objetivos corroboraram para os propostos pelo Ministério da Saúde, que busca através do HIPERDIA, o cadastramento e acompanhamento efetivo da população de pessoas hipertensas e diabéticas; gerar informações que potencializam na compreensão real da saúde da população podendo assim auxiliar na elaboração e implementação de novas ações , estratégias e políticas pelos gestores municipais, gestores das secretarias e estaduais. Além disso, se o sistema de informação vigente no município possibilitar a comunicação em diferentes programas esse também favorecerá a efetivação do cuidado a população adscrita(Saúde, 2020).

Referências

- CRUZERA, A. B.; UTIMURA, R.; ZATZ, R. A hipertensão no diabete. *HiperAtivo*, p. 261–266, 1998. Citado na página 15.
- FEITOSA, I. de O.; PIMENTEL, A. Hiperdia: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de belém, pará. *Rev NUFEN*, p. 13–30, 2016. Citado na página 15.
- SAÚDE, M. D. *Estratégia Para o Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica: Diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 15.
- SAÚDE, M. da. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Citado na página 15.
- SAÚDE, M. da. *Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos*. 2020. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 27 Jul. 2020. Citado na página 15.
- SILVAI, J. V. M. da et al. Avaliação do programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus na visão dos usuários. *Rev Bras Enferm*, p. 626–632, 2015. Citado na página 15.