



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

Jeovany Martínez Mesa

Grupo terapêutico em formato virtual para cuidados em
saúde de pessoas com Diabetes Mellitus e/ou
Hipertensão Arterial Sistêmica em uma Unidade Básica
de Saúde do sul do Brasil.

Florianópolis, Março de 2023

Jeovany Martínez Mesa

Grupo terapêutico em formato virtual para cuidados em saúde de pessoas com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica em uma Unidade Básica de Saúde do sul do Brasil.

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: Pollyana Bortholazzi Gouvea
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Jeovany Martínez Mesa

Grupo terapêutico em formato virtual para cuidados em saúde de pessoas com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica em uma Unidade Básica de Saúde do sul do Brasil.

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

Pollyana Bortholazzi Gouvea
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: O Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica se constituem como um dos principais fatores de risco para ocorrências cardiovasculares, como os acidentes cerebrovasculares e a doença coronariana, os quais, inclusive, são as primeiras causas de morte no município de Passo Fundo-RS. **Objetivo:** Criar estratégias que facilitem a implementação da clínica ampliada e os cuidados em saúde de usuários que sofrem de Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus. **Metodologia:** Para isto foi desenhado a criação de um grupo virtual, aberto, para este perfil de pacientes. Os encontros serão via plataforma digital (Zoom, Whatsapp) tendo em vista a situação epidemiológica atual pela Covid19 e a necessidade de distanciamento social. Os encontros serão quinzenais e cada atividade abordará um tema específico segundo cronograma prévio relacionado com as doenças e seu controle assim como a melhora na qualidade de vida. Também serão realizados encontros individuais que poderão ser presenciais ou virtuais em dependência da necessidade em saúde que apresente o paciente. **Resultados Esperados:** Espera-se com essa intervenção, a diminuição do risco cardiovascular global nessa população, diminuição do número de visitas à Emergência por descompensações do diabetes e/ou da hipertensão, além de estabelecer uma rede de apoio na comunidade entre os participantes e com a equipe de saúde.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Diabetes Mellitus, Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde, Hipertensão, Prevenção Secundária

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

A unidade de saúde Santo Antônio da Pedreira está situada no loteamento de mesmo nome, no bairro São Cristóvão, em Passo Fundo-RS. A unidade abrange uma área geográfica de cobertura formada por quatro comunidades nomeadas: Santo Antônio da Pedreira, Via sul, Sagrada família e César Santos. As comunidades na nossa área de abrangência, na sua maior extensão, fazem parte de bairros planejados (loteamentos). Praticamente todas as casas têm energia elétrica e a maioria tem acesso à rede de esgoto e a água potável fornecida pela CORSAN. As ruas estão asfaltadas ou com paralelepípedos.

Mas também existe uma área de ocupação ao longo da beira da rodovia que limita pelo sul a região. Aqui a ocupação tem acontecido de forma desordenada, e a população residente na região é de baixa renda e alta vulnerabilidade social. A maioria trabalha no mercado informal e outros muitos são desempregados. Nessa região existem várias bocas de fumo e por momento o tráfico e a violência tomam conta. Nos dias de hoje o bairro está calmo porque a polícia tem feito vários operativos contra o tráfico.

Nas comunidades radicam várias denominações de igrejas cristãs tanto protestante como católica e também uma loja de maçonaria. Habitam na região um número importante de migrantes, especialmente do Haiti, Zênegal, Bangladesh e Paquistão. Outros como Venezuelanos e Cubanos também são encontrados. São pessoas muito trabalhadoras e gentis. Alguns não falam português e então a comunicação fica difícil.

No passado existia por aqui uma pedreira, que agora está desativada, e que foi a fonte de renda de muitas famílias na região. Isto trouxe como consequência que temos vários pacientes com doenças pulmonares graves como resultado da exposição laboral à poeira da pedra.

Hoje existem algumas empresas do ramo da construção civil, alimentos e serviços que são as grandes contratadoras da população da região. Grande parte da população emprega-se em empresas pertencentes aos grupos Frango Sul e JBS, que tem empreendimentos na região. Isto justifica o grande fluxo de estrangeiros que chega procurando emprego principalmente nos frigoríficos.

O perfil demográfico descreve uma população com aproximadamente 15% de indivíduos com 60 anos ou mais, 29% menores de 20 anos e 66% da população entre 20 e 59 anos, segundo dados do DATASUS. A mortalidade infantil em 2017 foi de 9,9 por 1000 nascidos vivos e coeficiente de mortalidade do município segundo o DATASUS foi de 7,1%. Já a mortalidade por causas foi mais expressiva por doenças cerebrovasculares (10,0%), hipertensão arterial (6,3%) e diabetes mellitus (3,9%).

Na unidade funciona uma equipe formada por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma odontologista, uma psicóloga, uma recepcionista e uma auxiliar de limpeza. Todos os membros são fixos na equipe, exceto a odontologista que roda por

outras equipes em alguns turnos. No momento, não contamos com agente comunitário de saúde. Já temos solicitado formalmente à Secretaria Municipal da Saúde, mas por diversos argumentos não foi nomeada uma ACS. A coordenação/gestão da equipe é responsabilidade da enfermeira. Desde o ponto de vista da produção e da gestão dos cuidados de saúde a equipe tem amplas potencialidades. Isto pela diversidade de saberes e pelo acúmulo de experiências prévias dos profissionais que a compõem. Temos todas as condições para implementar atendimentos que suportem os preceitos da clínica ampliada.

Nas reuniões da equipe temos trabalhado e discutido e temos identificado vários desafios.

Um deles é desenvolver estratégias para dar conta de facilitar o acesso dos usuários aos diferentes cuidados oferecidos pela equipe. Outro desafio é oferecer os grupos de tratamento para a população. Um último desafio seria implementar o atendimento compartilhado.

Precisamos desenvolver ações que foquem nos pacientes com doenças crônicas tendo em vista que uma grande parte da nossa população apresenta doenças crônicas, dentre elas a hipertensão arterial e o diabetes, as quais por sua vez se não controladas devidamente (prevenção secundária) constituem-se em fatores de risco para desenvolver complicações cerebrovasculares (primeira causa de morte no município).

Por isso, e tendo em vista os preceitos da clínica ampliada decidimos realizar uma intervenção nessa população para garantir a adesão ao tratamento tanto aquele não farmacológico como o farmacológico. A mesma consistiria em criar um grupo de convivência com tais usuários, os quais realizariam atividades grupais como prática de atividade física, compartilhamento de momentos de lazer, e também em outros momentos, atendimento individual segundo necessidades identificadas tanto de enfermagem, psicologia, odontologia ou medicina.

A partir do diagnóstico da realidade previamente discutido existe a necessidade de ampliar o acesso dos pacientes portadores de doenças crônicas e assim desenvolver estratégias e ações para diminuir complicações catastróficas como consequência da hipertensão arterial e do diabetes.

A implementação de ações para pacientes diabéticos e hipertensos permitirá melhor acesso dos usuários que sofrem de tais doenças aos cuidados em saúde oferecidos pela equipe. Além de facilitar o acesso aos cuidados multiprofissionais da equipe mediante consulta individual, precisamos oferecer atendimento em grupo.

As possibilidades de realizar o projeto são amplas, tendo em vista a estrutura física da unidade e também o fato de ter uma academia ao ar livre na rua dos fundos.

Esse projeto é oportuno no momento precisamente porque visa melhorar a qualidade de vida e o controle das doenças crônicas do indivíduo, assim como consolidar o vínculo com a equipe de saúde dele e da sua família.

Valendo-nos dos princípios da clínica ampliada podemos contribuir para em longo prazo diminuir a mortalidade por AVC e complicações cardíacas mediante o controle adequado

do diabetes e dahipertensão.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Criar estratégias que facilitem a implementação da clínica ampliada e os cuidados em saúde de usuários que sofrem de Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus compartilhados.

2.2 Objetivos específicos

- Ampliar o espectro do atendimento considerando preceitos da clínica ampliada.
- Estabelecer o grupo de convivência como ferramenta complementar para garantir adesão ao tratamento não farmacológico e farmacológico desta população.
- Diminuir o número de atendimentos nas emergências por motivos relacionados ao mal controle dessas doenças.

3 Revisão da Literatura

A gestão da saúde está direcionada para modelos de gestão estratégica com forte base na gestão dos recursos humanos materiais e financeiros (MENDES, 2012, p. 369). Segundo Mendes, a gestão da clínica constitui-se das tecnologias sanitárias que partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso, de auditoria clínica e de listas de espera (MENDES, 2012, p. 370).

Para fazer gestão da condição de saúde a mesma deve ser escolhida pela sua relevância para o sistema de atenção à saúde. Dentre os critérios para a definição da condição de saúde Mendes descreve: que seja de interesse para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias; que exista um debate sobre o que constitui a melhor prática; que envolva grande volume de serviços ou de custos; e em que se perceba uma notável variação na prática e/ou nos resultados sanitários (MENDES, 2012, p. 374).

Neste contexto, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são condições crônicas passíveis de gestão. As mesmas contribuem notavelmente para a carga de doença na comunidade, sendo que as equipes de saúde realizam rastreamento, cadastramento de novos caso e acompanhamento dos mesmos (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011). O acompanhamento por parte das equipes desta população de doentes crônicos ainda é baixo no que se refere ao acesso aos cuidados e a cobertura ideal (RADIGONDA et al., 2016).

Como parte da estratégia do Ministério da Saúde para o controle do diabetes e da hipertensão arterial foi criado o programa Hiperdia, o qual destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática dos pacientes cadastrados, tendo dentre as suas vantagens orientar os gestores na adoção de estratégias de intervenção e conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na população (DATASUS, 2020).

Uma forma de gerar cuidados em saúde são os atendimentos em grupo. Segundo Moré, e publicado no material bibliográfico do módulo 13 da Especialização em Estratégia de saúde da Família da UNASUS, a relação do indivíduo com os grupos faz parte do cotidiano de toda sua vida, o interjogo entre a identidade individual e a identidade grupal e compõe uma dialética formadora do sujeito. Desde seu nascimento e ao longo de seu desenvolvimento, o ser humano está inserido e interagindo em distintos grupos, seja família, escola, trabalho, amigos (MORÉ; RIBEIRO, 2010). Dentro dos grupos, os aspectos subjetivos fortalecem os vínculos e são elementos poderosos para a adesão dos participantes nessa atividade (NOGUEIRA et al., 2016).

Os grupos podem ser classificados de várias formas segundo a sua organização como

do tipo aberto ou fechado, homogêneo ou heterogêneo. O grupo fechado tem objetivo e tempo determinado e número de participantes será aquele mesmo do início ao término da atividade, sem a inclusão de nenhum novo membro. Já os abertos permitem entrada e saída de participantes (MORÉ; RIBEIRO, 2010). Os grupos podem ser homogêneos, exemplo um grupo de idosos, ou de grávidas, ou heterogêneos, como o caso de pacientes hipertensos e diabéticos (MORÉ; RIBEIRO, 2010).

Existem evidências que mediante o atendimento em grupos algumas características do controle de pacientes diabéticos e hipertensos melhoram. Estudo realizado em São Paulo numa UBS comparou os resultados iniciais com da intervenção realizada nos grupos com 191 pacientes ao todo, e observou-se redução relativa de 42% e absoluta de 26% no número de pacientes com pressão descontrolada e nos pacientes com diabetes, foi descrita uma redução absoluta de 22%, para aqueles com glicemia superior a 200mg/dl, e aumento de 33% para aqueles com níveis inferiores a 125mg/dl (SILVA et al., 2006).

Existe no momento, pelas condições epidemilógicas imposta pela pandemia do COVID-19, uma dificuldade muito grande para realizar atendimentos em grupo. Isto porque o distanciamento social é uma das orientações da Organização Mundial da Saúde para diminuir a circulação de vírus. Existe no momento uma literatura emergente com relação ao uso das redes sociais com fins de manejo e controle de doenças crônicas (PARTRIDGE, 2018)(APPERSON et al., 2019).

O uso da telemedicina durante a pandemia de COVID-19 foi oficializado por parte do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2020). Isto abre a possibilidade de se apropriar das ferramentas de atendimento a distância na APS.

4 Metodologia

Farão parte deste projeto indivíduos com 20 anos ou mais que tenham sido diagnosticados com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.

Pretende-se realizar tanto atividades em grupo, quanto ações específicas em encontros individuais.

Porém, tendo em vista a atual situação epidemiológica do país decorrente da pandemia da COVID19, as atividades grupais serão organizadas virtualmente utilizando as ferramentas WhatsApp e ZOOM. Nessas atividades os participantes receberão informações em relação à doença e suas complicações, assim como também informações para obter o controle da mesma mediante mudanças de estilo de vida e tratamento farmacológico segundo o caso. Para tanto, a organização se dará da seguinte forma:

- Passo 1. Constituição do grupo:

Buscar-se-á os participantes do grupo a partir da identificação dos paciente nos prontuários da UBS, em seguida, será formalizado convite mediante contato telefônico da equipe com o(a) paciente para explicar em que consiste o grupo e caso o usuário aceitar participar será incluído no grupo de WhatsApp. O grupo terá caráter dinâmico, ou seja, os pelo que a cada momento participantes poderão entrar e sair do grupo conforme desejarem.

Os responsáveis por constituir o grupo e incluir constantemente pacientes será o médico e a enfermeira da equipe.

- Passo 2. Identificação e participação no grupo

No início de cada atividade teremos um tempo para introduzir os novos participantes e para estimular a participação de todos com a finalidade de criar vínculo com o grupo. Neste momento, poderão ser compartilhadas experiências, assim como sucesso ou dificuldades enfrentadas desde o encontro anterior.

O moderador da atividade será responsável pela execução do trabalho.

- Passo 3. Temas para as atividades semanais

Tema 1 - Importância da atividade física para o controle das doenças crônicas e na prevenção de complicações. Instrução em relação a series de exercícios aeróbicos com benefício cardiovascular.

Uma vez aprendida a série de exercícios aeróbicos sempre daremos início a cada atividade de grupo com a realização da série, cada um desde sua casa/local de forma que todos possam se ver se exercitando.

Responsável pela ação: Médico da equipe e um convidado da area de educação física ou fisioterapia.

Tema.2 - A dieta como pilar fundamental da saúde. Orientações nutricionais básicas. Importância do autocontrole dietético no manejo das doenças crônicas.

Planeja-se implementara ideia de compartilhar "receitas saudáveis"entre os participantes.

Responsável: Médico,enfermeira eum convidado da area da nutrição .

Tema 3 - Adesão ao plano terapêutico medicamentoso.

Responsável: Médico.

Tema 4 - Saúde bucal como parte do bem estar. Importância para evitar complicações de doenças crônicas.

Responsável: Odontologista da equipe.

Tema 5 - Integração mente corpo. Saúde mental e sua importância.

Responsável: Psicóloga da equipe

Tema 6 - Temas apontados como de interesse do grupo e que agora não foram aqui listados serão também incluídos.

Responsável: A definir segundo o tema.

- Passo 4. Realização de atendimentos individuais.

Os atendimentos individuais poderão ser presenciais ou virtuais. Pretende-se nesses encontros verificar o controle individual dos diferentes parâmetros biopsicossociais do indivíduo. Caso for necessário será realizado nesse momento solicitações de exames, ajuste do tratamento medicamentoso, encaminhamentos a outros profissionais, etc.

Por fim, para implementar toda a proposta de intervenção estima-se um período entre 4 - 6 semanas.

5 Resultados Esperados

Existe na comunidade a necessidade de ampliar o acesso dos pacientes portadores de doenças crônicas aos cuidados de saúde oferecidos pela nossa equipe e, conseqüentemente, diminuir complicações decorrentes do não controle dos casos da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, como por exemplo, o infarto do miocárdio e os acidentes cerebrovasculares. Considerando que o método escolhido para realizar a intervenção consiste na criação de um grupo virtual de convivência e tendo em vista a situação epidemiológica do país pela COVID19 e a oportuna utilização da telemedicina por parte do CFM durante este período faz pensar que esta ferramenta pode ser explorada na medicina preventiva

Portanto, espera-se alcançar os seguintes resultados:

- Diminuição do risco cardiovascular global nessa população mediante o controle dos diferentes aspectos modificáveis que constituem o escore de Framingham.
- Diminuição do número de visitas à Emergência por descompensações do diabetes e/ou da hipertensão.
- Estabelecer uma rede de apoio na comunidade entre os participantes e com a equipe de saúde.

Referências

APPERSON, A. et al. Facebook groups on chronic obstructive pulmonary disease: Social media content analysis. *Int J Environ Res Public Health*, v. 16, n. 20, p. 3789–3789, 2019. Citado na página 16.

CFM. *OFÍCIO CFM N° 1756/2020 – COJUR*. 2020. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf>. Acesso em: 25 Jun. 2020. Citado na página 16.

DATASUS. *HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos*. 2020. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060304>>. Acesso em: 29 Mai. 2020. Citado na página 15.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na estratégia de saúde da família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 1, p. 1383–1388, 2011. Citado na página 15.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Citado na página 15.

MORÉ, C. L. O. O.; RIBEIRO, C. *Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família*. 2010. UNASUS. Especialização Saúde da Família. Módulo 13. Disponível em: <<http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/195>>. Acesso em: 29 Mai. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

NOGUEIRA, A. L. G. et al. Pistas para potencializar grupos na atenção primária à saúde. *Rev Bras Enferm [Internet]*, v. 69, n. 5, p. 907–914, 2016. Citado na página 15.

PARTRIDGE, S. R. Facebook groups for the management of chronic diseases. *J Med Internet Res*, v. 20, n. 1, p. 1–1, 2018. Citado na página 16.

RADIGONDA, B. et al. Evaluación del acompañamiento de pacientes adultos con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus por la estrategia de salud de la familia e identificación de factores asociados. *campé-pr, brasil, 2012. Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 25, n. 1, p. 115–126, 2016. Citado na página 15.

SILVA, T. R. et al. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 3, p. 180–189, 2006. Citado na página 16.