



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Anna Paula Meireles Chaves

**Abordagem em grupo de pacientes com Hipertensão Arterial e
Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde da Família de São
Sebastião em Campos dos Goytacazes RJ**

Campos dos Goytacazes

2016

Anna Paula Meireles Chaves

**Abordagem em grupo de pacientes com Hipertensão Arterial e
Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde da Família de São
Sebastião em Campos dos Goytacazes RJ**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado, como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em Saúde
da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientador: Leonardo Romeiro

Campos dos Goytacazes

2016

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são patologias altamente prevalentes na população adscrita pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) de São Sebastião na cidade de Campos dos Goytacazes. A partir desta constatação foi proposta a criação de um grupo Hiperdia (Grupo de Hipertensos e Diabéticos) com reunião quinzenal às quintas-feiras pela manhã. Este grupo foi proposto com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre as doenças, melhorar a aderência terapêutica destes pacientes, ressaltando a importância do tratamento não farmacológico, além de compartilhar experiências e estabelecer um diálogo entre a equipe de saúde e a população hipertensa e diabética local. Conclui-se necessário a abordagem de prevenção e promoção em saúde para o esclarecimento sobre as doenças (HAS E DM) e melhora na adesão terapêutica.

Descritores: Hipertensão arterial sistêmica; Diabetes mellitus; Educação em saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
1.1 Situação Problema	5
1.2 Justificativa	5
1.3 Objetivos	6
Objetivo Geral	6
Objetivo Específico	6
2. REVISÃO DE LITERATURA	7
3. METODOLOGIA	10
3.1 Desenho da Operação	10
3.2 Público-alvo	10
3.3 Parcerias Estabelecidas	10
3.4 Recursos Necessários	11
3.5 Orçamento	11
3.6 Cronograma de Execução	11
3.7 Resultados Esperados	12
3.8 Avaliação	13
4. CONCLUSÃO	14
REFERÊNCIAS	15

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho é uma construção de TCC realizada no curso de especialização em saúde da família oferecido pela universidade aberta do sus.

A motivação para esse estudo surgiu a partir da observação do grande número de pacientes hipertensos e diabéticos na área adscrita pelo programa de saúde da família no distrito de São Sebastião na cidade de Campos dos Goytacazes.

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença altamente prevalente e com baixas taxas de controle segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um grande problema de saúde pública. (6)

É uma condição multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica acima de 90mmHg. (3) Segundo a VI diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, a prevalência na população em geral está próxima a 30% e entre 60 e 69 anos chega a 50%, já nos maiores de 70 anos fica próxima a 75%. (6)

A detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. (6)

Alguns fatores são identificados como de risco para adquirir esta doença, entre eles destacam-se a idade, como referido acima. Outros fatores são: excesso de peso e obesidade, ingestão excessiva de sal, ingestão de álcool, sedentarismo e hereditariedade. (6)

Além dos fármacos existentes para controle da pressão arterial devemos estimular as medidas não farmacológicas como estimular uma dieta equilibrada, controle dos excessos de sal e álcool, a interrupção do tabagismo e a prática de exercícios físicos. (6)

Pelo Ministério da Saúde, o Diabetes Mellitus (DM) atualmente é considerado uma epidemia mundial. O aumento de sua incidência e prevalência é devido ao envelhecimento da população, urbanização crescente, obesidade, sedentarismo e a maior sobrevivência dos pacientes com diabetes. (2) (5)

A última Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes Mellitus (2014/2015), aponta que a prevenção do DM tipo 2 deve ser voltada para tratamento e prevenção

da obesidade, HAS e dislipidemia, já que os indivíduos com DM freqüentemente possui essas condições.(5) Assim, quando prevenimos o diabetes estamos prevenindo o surgimento precoce de doenças cardiovasculares e reduzindo a mortalidade.(5)

Crescem o número de casos de HAS e DM em idade cada vez mais precoce e a adoção de hábitos de vida mais saudáveis é uma boa estratégia de controle destas doenças.(6)

A educação em saúde possibilita que o profissional de saúde possa participar da vida dos portadores das doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes discutindo medidas de prevenção ou redução dos agravos decorrentes dessas doenças.

1.1 Situação-problema

Foi observado na população que, os que mais procuravam o posto de saúde, eram hipertensos e diabéticos. Alguns vinham para renovação de receitas já outros, vinham como demanda espontânea devido a crises hipertensivas e hiperglicêmicas.

A partir desse fato observado, fui até a equipe do posto e propus a realização de um grupo quinzenal de hipertensos e diabéticos. Neste grupo, abordaríamos com os pacientes as duas doenças, os fatores de risco e a maneira de preveni-las e tratá-las corretamente.

1.2 Justificativa

Na nossa unidade de saúde, as consultas eram divididas apenas em consultas de clínico, porém observamos a necessidade de dar uma atenção especial ao grupo de hipertensos e diabéticos.

Com a criação do grupo Hiperdia poderíamos melhor conscientizar sobre a HAS e o DM para em médio prazo observarmos uma melhor adesão terapêutica e uma mudança em relação aos hábitos de vida nessa população.

1.3 Objetivos

- *Objetivo geral*

A intervenção através da criação do grupo Hiperdia será importante para melhor controle dessas doenças crônicas. Pretende-se observar uma maior adesão terapêutica pelos pacientes, além da melhora na qualidade de vida ao evitar muitas complicações da HAS e do DM.

- *Objetivos específicos*

A intervenção é necessária, visto a prevalência alta da Hipertensão Arterial e do Diabetes nessa população. Foi observada uma baixa adesão no tratamento farmacológico e nas medidas não farmacológicas. Com a criação do grupo de hipertensos e diabéticos pretende-se abrir um espaço de diálogo com os pacientes hipertensos e diabéticos da comunidade. Com isso, pudemos traçar um melhor plano terapêutico individualmente e coletivamente, e assim, evitar o surgimento de complicações futuras por falta de controle correto de tais doenças.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Na estratégia de saúde da família tão importante quanto às ações curativas são as ações preventivas e de promoção à saúde. Segundo Alves, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do programa de saúde da família. (ALVES, 2004, p. 43). Nesta perspectiva, a educação em saúde seria um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da Saúde. (ALVES, 2004, p.43)

Diversas experiências de atividades em grupo já foram desenvolvidas e provam ser benéficas em relação à aderência terapêutica. Através do conhecimento acerca dos fatores condicionantes do processo saúde e doença, os profissionais de saúde podem atuar conjuntamente com a população estimulando novos hábitos de vida e condutas de saúde.

A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. (ALVES, 2004, p.48).

Segundo Chiesa e Veríssimo (2001), a comunicação na atenção em saúde é “algo que se constrói”. Ao ouvir o outro, o profissional de saúde pode compreender suas crenças, sua situação e suas possibilidades podendo com isso atuar conjuntamente ao usuário.

Valla (apud Rodrigues *et al*, 2012, p. 46)

Aponta sobre a necessidade de que as ações em educação para a saúde levem em conta o sentido da vida, o controle sobre a vida por parte das pessoas, a solidariedade comunitária. Isto significa se levar em conta o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções apontam, contemplando suas histórias de vida.

Buscando a integridade no cuidado, os profissionais de saúde da família vêm na criação de grupos específicos uma forma importante de cuidado. (RODRIGUES; MOREIRA; SOUZA; CERETA; TUON, 2012, p.52).

A população Hipertensa da área adscrita pelo PSF de São Sebastião corresponde a 531 pessoas. A população Diabética da área adscrita pelo PSF de São Sebastião corresponde a 153 pessoas. Esses dados foram coletados pelos agentes comunitários de saúde em maio de 2015.

Com relação ao número de hipertensos e diabéticos na população percebemos que corresponde a uma parcela importante de pacientes atendidos pela

Unidade Básica de Saúde. Entre as ações de saúde para a população hipertensa e diabética local a criação de um grupo Hiperdia foi considerada fundamental pelos profissionais de saúde como estratégia terapêutica.

A criação de grupos de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta-se no princípio da integralidade do cuidado. Visando o atendimento integral pretende-se com a criação do grupo criar um meio de dialogar com a comunidade visando uma melhor conscientização sobre hipertensão e diabetes assim como suas possíveis complicações.

Com a criação desse canal de comunicação podemos ainda dialogar sobre as dificuldades vivenciadas pela população no controle de suas doenças e buscar um meio de melhor intervir no cuidado individual e coletivo.

Segundo a SBH (2010) “inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras nos últimos 20 anos estimam uma prevalência de HAS acima de 30%.” (6) Segundo a SBD (2015) “é difícil estimar a incidência do DM tipo 2 em grandes populações. Já com o DM tipo 1 estima-se que a incidência vem aumentando principalmente dentro da população infantil com menos de 5 anos de idade.” (5)

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão, “as doenças cardiovasculares são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados”. (SBH, 2010, p.8). (6)

Segundo o Ministério da Saúde (2006), “o crescimento do DM leva a conseqüências humanas, sociais e econômicas devastadoras... cerca de 4 milhões de pessoas morrem pelo DM e suas complicações por ano correspondendo a 9% da mortalidade mundial total.” (3) O Ministério da Saúde (2006) refere ainda que “nos serviços de saúde crescem os custos de tratamento do Diabetes e de suas complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores.” (3)

É papel fundamental da atenção básica, o tratamento da hipertensão e do diabetes visando prevenir as complicações advindas do controle inadequado destas patologias. Além do tratamento medicamentoso é importante a adoção de medidas não farmacológicas.

“As principais recomendações não-medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo.” (SBH,2010, p.10). (6)

E ao que se refere ao Diabetes,

Os programas de prevenção primária do DM2 baseiam-se em intervenções na dieta e na prática de atividades físicas, visando a combater o excesso de peso em indivíduos com maior risco de desenvolver diabetes, particularmente nos com tolerância à glicose diminuída. (SBD, 2015, p.2).

Em relação à prevenção secundária do diabetes, “há evidências de que o controle metabólico estrito tem papel importante na prevenção do surgimento ou da progressão de suas complicações crônicas.” (SBD, 2015, p.3). (5)

METODOLOGIA

2.1 Público-alvo

A população hipertensa e diabética adscrita pela estratégia de saúde da família no distrito de São Sebastião em Campos dos Goytacazes.

2.2 Desenho da operação

Foi proposta a criação de um grupo Hiperdia com reuniões quinzenais.

Durante as reuniões de grupo foi realizada uma explanação de forma simples sobre a hipertensão e o diabetes com o recurso de retroprojeção. Nas próximas reuniões de grupo acrescentamos ainda a temática da obesidade.

Além disso, aferimos a pressão arterial e o hemoglicoteste (HGT) de todos os pacientes e medidas antropométricas para o calculo do índice de massa corpórea (IMC).

Os dados foram colhidos e utilizados como base para orientação terapêutica durante a consulta.

Ao final da apresentação foi aberta a discussão sobre o tema, as dúvidas e experiências de cada um foram trocadas promovendo um grande enriquecimento entre a equipe de saúde e a população na roda de conversa.

2.3 Parcerias Estabelecidas

Para efetuar a criação do grupo hiperdia houve a participação de toda a equipe de saúde da família, principalmente as agentes comunitárias de saúde que selecionaram no cadastro quais eram os pacientes hipertensos e diabéticos e dentre estes pacientes, buscaram quais tinham interesse de participar do grupo.

2.4 Recursos Necessários

Como recursos materiais, utilizamos uma sala no posto de saúde, notebook, retroprojektor, cadeiras, mesa e folders educativos. Entre os recursos humanos tivemos o apoio e a participação de toda a equipe de saúde da família.

2.5 Orçamento

Despesa com material de escritório	R\$ 20,00
Lanches oferecidos ao final dos encontros	R\$ 20,00 por lanche
Retroprojektor	(emprestado pela ACS)
Notebook	(emprestado pela ACS)
Material para medidas antropométricas, esfignomanômetro, aparelho para HGT e fitas	Fornecidos pelo posto de saúde
Espaço físico do posto, cadeiras e mesas	Fornecidos pelo posto de saúde

2.6 Cronograma de execução

Reunião com a equipe para discutir como seria a criação do grupo Hiperdia, definindo dias e horários	1 semana
Seleção pelas ACS da população a participar de cada reunião	2 semanas
Elaboração de slides em Power point que foi apresentado nas reuniões	1 semana
Reuniões do Grupo Hiperdia	17 semanas

2.7 Resultados esperados

Espera-se alcançar com a intervenção uma melhora no conhecimento da população hipertensa e diabética de São Sebastião sobre suas doenças. Ressaltar a importância da aderência terapêutica, da mudança dos hábitos de vida e do diálogo para melhores resultados no tratamento. Foi proposto ainda criar uma roda de conversa para que estes pacientes possam expressar suas vivências com a equipe o que reduz a ansiedade de muitos.

Participaram do grupo hiperdia 110 pacientes em 17 reuniões. Observamos que alguns pacientes passaram a adotar hábitos alimentares mais saudáveis, passaram a aderir melhor ao tratamento medicamentoso e buscaram no grupo uma maneira de falar sobre os seus problemas. Observamos uma menor demanda de crises hipertensivas na unidade.

Apesar da maioria dos pacientes relatarem que cuidam bem da sua saúde, percebemos que alguns freqüentemente transgridem as suas dietas, como no relato abaixo:

“Eu não procuro médico não. Estou aqui por causa da Joyce (ACS). Gosto muito do sal e do macarrão por isso que ta aumentando a glicose.” (JSS,66 anos)

“Não sei mais o que é doce. Fazia muito bolo, mas agora é diferente.” (DMRO, 60 anos)

Os participantes relataram que as informações sobre saúde foram importantes e muitas coisas discutidas nas reuniões do grupo eles desconheciam.

“É importante falar sobre isso tudo. Muita coisa aí a gente não conhece. Outras a gente sabe mas não faz.” (JS,64 anos)

Através do estabelecimento dos encontros de grupos pudemos compreender algumas dificuldades vivenciadas por estes pacientes, propondo algumas alternativas e dividindo experiências. Em outros momentos, o grupo foi um meio onde os pacientes puderam dividir com a equipe de saúde e com os demais participantes, seus medos e suas dúvidas.

“Eu tenho um filho especial. Tenho muito medo quando Deus me levar e ele ficar sozinho.” (MAFH, 88 anos)

Alguns pacientes relataram no grupo que vinham pouco à unidade devido a dificuldade de vagas para atendimento antes da unidade se transformar em Unidade

de Saúde da Família. Outros apontam dificuldades para realizar os exames ou conseguir medicamentos pelo SUS. Observamos ainda problemas familiares, idosos que possuem limitações e pouco auxílio familiar.

“Não consigo fazer exame na cidade por falta de companhia.” (MJGM, 63 anos)

Em outros casos observamos que, quando a família participa ativamente no cuidado ao familiar doente, obtemos melhores resultados no tratamento e maior entusiasmo do paciente acerca do tratamento desenvolvido.

“Graças a Deus estou muito bem. Eu não fico sem usar a insulina. Minha filha que aplica em mim.” (JMO, 70 anos)

Alguns pacientes compartilham experiências de vida e demonstram que passaram a levar mais a sério o tratamento após algumas complicações da doença.

“Descobri o diabetes aos 45 anos, passei por amputação de uma perna e uma cirurgia na vista... hoje faço a dieta e as medicações do diabetes... todo dia vou ao posto para medir a glicose.” (DLS, 72 anos)

2.8 Avaliação

O benefício da intervenção observa-se pela redução do número de crises hipertensivas, pela melhor aderência terapêutica, pelo aumento da auto-estima dos pacientes e pelo maior vínculo estabelecido entre a comunidade e os profissionais de saúde.

3. CONCLUSÃO

Com a criação do grupo hiperdia percebe-se que se estabeleceu um maior vínculo de confiança entre a equipe de saúde e a população local. No grupo houve uma importante troca de vivência e saberes o que foi muito importante para guiar as decisões terapêuticas. Os pacientes estiveram mais envolvidos nas decisões de saúde individual e do grupo. Os pacientes puderam dividir suas dúvidas, seus medos e adquirir mais conhecimento sobre suas doenças o que levou a uma reflexão sobre o que cada um pode fazer para evitar as complicações advindas da hipertensão e do diabetes quando não tratados corretamente.

REFERÊNCIAS

- 1- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, Interface - Comunic., Saúde, Educ, v.9, n.16, p.39-52, set2004/fev.2005
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/ Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p:il (Cadernos de Atenção Básica, n.37)
- 4- CHIESA, A M; VERÍSSIMO M. de La Ó R., A Educação em Saúde na Prática do PSF. [on line]. Disponível: www.ids-saude.org.br/enfermagem [capturado em: 27 de novembro 2015]
- 5- SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015 [on line]. Disponível: <http://bibliofarma.com/diretrizes-da-sociedade-brasileira-de-diabetes-2014-215> [capturado em: 02 de dezembro 2015]
- 6- MS. VI diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiologia 2010;95 (1): 1-51. [on line]. Disponível: www.sbh.org.br [capturado em:30 de novembro 2015]
- 7- RODRIGUES *et al.*, O funcionamento e a adesão nos grupos de hiperdia no município de Criciúma: Uma visão dos coordenadores, Revista Saúde Pública Santa Catarina. v. 5,n. 3, p. 44-62, dez, 2012.