



## Sistematização da assistência ao grupo de Hipertensos e Diabéticos na Estratégia de Saúde da Família

Janine Florêncio de Souza<sup>1</sup>; Dalila Maria Trovão<sup>2</sup>; Gabriel Oliveira Campos<sup>2</sup>; Jean Lucena Paes<sup>2</sup>; Cristiane Falcão de Almeida<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Graduanda de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande, [janineflorencio06@hotmail.com](mailto:janineflorencio06@hotmail.com);

<sup>2</sup>Graduando de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande;

<sup>3</sup>Médica Programa Mais Médicos para o Brasil. Secretária Municipal de Saúde – Campina Grande

### INTRODUÇÃO

Consideradas como importantes problemas de saúde pública no Brasil, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM) são disfunções fisiológicas que acarretam sérias consequências à população. Entende-se por HAS, uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Esta característica está frequentemente associada a alterações funcionais e/ou estruturais nos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, sendo um fator de risco de morbimortalidade cardiovascular e a principal causa de mortalidade no Brasil (REMÍGIO, 2012).

Quanto ao diabetes mellitus, trata-se de uma disfunção metabólica de múltipla etiologia que se caracteriza por um estado hiperglicêmico crônico resultante da deficiência na secreção e ou ação da insulina, estando amplamente associado a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Havendo duas formas principais de diabetes (Tipo 1 e Tipo 2), bem como estados de intolerância à glicose, diabetes gestacional e diabetes causada por doenças pancreáticas. O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. Sendo uma das principais causas de mortalidade, nefropatia, retinopatia, neuropatia, coronariopatia, acidente vascular cerebral, doença arterial periférica e amputação de membros inferiores (ALVEZ, 2012; REMÍGIO, 2012; FUZINATO, 2016).

Desse modo, reforçando a seriedade dessa problemática que a leva a um importante agravo à saúde pública devido a frequência do surgimento por meio da HAS e DM, de outras patologias que trazem repercussões negativas para a qualidade de vida, soma-se a isso o caso dessas patologias serem, por vezes, assintomáticas, levando a um diagnóstico tardio e um tratamento negligenciado. Além do mais, no Brasil, estudos revelam uma prevalência de HAS em 25% para a população acima de 20 anos. Sendo o



diabetes mellitus com impacto tão relevante quanto, de modo a afetar aproximadamente 171 milhões de indivíduos em todo o mundo e com estimativa crescente, chegando a alcançar 366 milhões de pessoas até 2030, sendo considerada para o mesmo ano, uma predominância de 11,3 milhões de pessoas com essa afecção, colocando o País em oitavo lugar no *ranking* de número de casos (LIMA, 2012; FUZINATO, 2016).

Portanto, esse impacto na morbimortalidade da população brasileira, trouxe o desafio do sistema público de saúde de promover a identificação, prevenção, tratamento e acompanhamento, de forma a abranger a todos os portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (LIMA, 2012).

Para tanto, em 2002 deu-se início a um olhar mais atento por parte do sistema de saúde e suas políticas públicas para essas doenças, de modo a incentivar o estabelecimento de um perfil epidemiológico desta população e desenvolver estratégias de saúde pública que modifiquem o quadro sanitário atual e, deste modo, melhorar a qualidade de vida e reduzir o custo social com estas doenças. Assim, foi implantado no Brasil o programa nacional de assistência aos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), denominado Hiperdia, este consiste no acompanhamento contínuo de tais pacientes, junto às unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), com o fornecimento de medicamentos e a promoção de hábitos de vida saudáveis (FUZINATO, 2016; LOPES, 2016).

No entanto, algumas pesquisas evidenciaram que houve dificuldades na aplicação do programa e, ainda que passando por modificações e a atual descontinuidade do sistema Hiperdia, as suas diretrizes permanecem servindo de base para tornar efetivo o compromisso da saúde pública para com os casos e/ou a prevenção de HAS e DM, bem como de suas complicações. Para o alcance desses objetivos, deve-se destacar a necessidade do conhecimento da população atendida pela equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), de modo a ir ao encontro das necessidades individuais, podendo, assim, desenvolver ações que possam intervir de forma efetiva nas demandas dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus (RETICINA et al., 2015).

Com isso, fazendo-se necessário agregar informações sobre a situação de saúde da população, além de otimizar o atendimento e as atividades desenvolvidas nos serviços de saúde visando definir vulnerabilidades e promover melhor ajuste das estratégias de



informação, a sistematização da assistência da saúde pública é uma importante alternativa gerencial e, se implantada em Unidade Básicas de Saúde da Família, à priori com pacientes cadastrados no Hiperdia, proporciona confiabilidade, cobertura e completude daquela demanda populacional (CORREIA, PADILHA, VASCONCELOS, 2014).

Assim, tal sistematização dos dados vem a incorporar a modernização da assistência clínica por meio dos sistemas de informação em saúde (SIS), os quais podem ser entendidos como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação, de modo a garantir uma melhor tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde (LOPES, 2012).

Desse modo, para a população que convive com doenças crônicas, tais como os Hipertensos e Diabéticos, tal sistemática apresenta-se estrategicamente benéfica, uma vez que se conhecendo quantitativa e nominalmente quem são estes usuários seu acompanhamento será favorecido através de um atendimento individual mais personalizado, e as ações em saúde poderão ser melhor esquematizadas já que se saberá a quantidade de pessoas com estas enfermidades.

Somado a isso, as UBSF estão sujeitas a mudanças de profissionais, sendo este um fator que dificulta a criação de ações contínuas e que geram melhorias em médio e longo prazos. Além disso, a ausência de cobertura assistencial integral das microáreas por Agente Comunitário de Saúde (ACS) aliada à falta de conhecimento dos usuários com suas demandas pessoais e coletivas delimitam bastante as ações e atividades que podem e devem ser ali instituídas. Para grupos com doenças crônicas, isto é, que serão assistidos por longo período pela Unidade, essa falha acarreta prejuízos ainda maiores.

Assim, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência da sistematização da assistência de saúde aos portadores de hipertensão e diabetes usuários da Unidade de Saúde da Família Raimundo Carneiro – equipe II, através do estudo feito ao sistema de catalogação desenvolvido na Unidade, em que se dispunha de diversos dados, tais como: sexo, idade e frequência de consultas médicas dos usuários segundo microárea de abrangência, apontando as estratégias de promoção à saúde destinada aos portadores de tais comorbidades.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência de abordagem crítico reflexivo de cunho descritivo (SILVA, 2004). O modelo de relato de experiência traz a observação e vivência do autor, vindo a descrevê-la, de forma a analisá-la, registrar e interpretar os fatos do mundo



físico, porém, sem acometer interferências subjetivas, com a finalidade de descrever o processo com identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo (ROUQUAYROL, 2003).

O referido estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Família Raimundo Carneiro, localizada no Distrito II, no Bairro do Pedregal, no município de Campina Grande – PB. Nesta unidade há 2 equipes de Saúde da Família (I e II), tendo a equipe II profissional médico do Programa Mais Médicos e sendo nesta onde ocorreu o desenvolvimento e implantação desta pesquisa.

A equipe II conta com seis microáreas, no entanto, uma delas não dispõe de ACS. De acordo com os últimos dados do Consolidado disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a área atende pouco mais de 3000 indivíduos. Em 2015 iniciou-se a captação dos dados, tendo continuidade e fortalecimento em 2016. Desta forma, foram avaliados os dois anos.

No procedimento de coleta de dados, cada ACS ficou encarregado de ceder informações dos usuários do grupo de Hipertensos e Diabéticos as quais foram captadas pela Ficha A, tida como instrumento de coleta de dados adotada pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). As Fichas A são disponibilizadas pela SMS.

Utilizando o computador da UBSF cada ACS preencheu, em horário de seu expediente, tabela previamente confeccionada com os seguintes dados: nome do paciente; data de nascimento; condição tratada (qual seja HAS e/ou DM). A tabela foi organizada alocando cada usuário por ordem alfabética e ao lado de cada nome seguiu-se uma divisão em colunas por mês onde foram anotados parâmetros observados à consulta, tais como pressão arterial e/ou hemoglicoteste.

Após todos os ACS terem alimentado a tabela, esta foi impressa e encadernada em forma de apostila. A apostila com a lista de todos os usuários hipertensos e diabéticos por microárea foi utilizada em todo atendimento desses indivíduos. A inserção dos parâmetros anteriormente mencionados marcou o mês de atendimento daquele paciente. O acompanhamento mensal serviu de rastreio e decisão por busca ativa aos usuários que se ausentarem por mais de seis meses da Unidade ou pelo tempo determinado pela classificação de risco cardiovascular calculado pelo Escore de Risco de Framingham (ERF) (LOTUFO,



2008).

Detectado o absenteísmo, procedeu-se a busca ativa através do ACS, elo extremamente importante entre usuário e Unidade. Foi feita apenas a busca pelo ACS.

O cronograma de atendimento da Unidade disponibiliza dois momentos para as consultas dos pacientes com HAS e DM. O agendamento das consultas foi realizado, portanto, para esses dias, priorizando, inicialmente, os que procurarem a Unidade e após os demais usuários desse grupo.

Rodas de conversa com atividades dinâmicas e interativas foram um dos recursos a utilizados como forma de educação em saúde. Os temas foram escolhidos primordialmente sobre a importância do comparecimento às consultas, conforme estabelecido de acordo com a classificação da doença e risco cardiovascular pela ERF; uso adequado dos medicamentos; orientações sobre efeitos adversos dos medicamentos; complicações das doenças; e outros pertinentes que, porventura, foram levantados.

As ações de educação em saúde obedeceram a um cronograma predeterminado elaborado pela enfermeira em conjunto com a médica e os Agentes de Saúde. As atividades ocorreram na Unidade. A cada semana os usuários de um agente reuniram-se. Após cinco semanas, realizou-se um “grupão” com os usuários de todos eles. Uma vez definido o cronograma, este foi afixado em local visível na Unidade, além do convite que cada Agente fez ao paciente de sua microárea. Os encontros foram conduzidos pela médica, enfermeira e/ou técnica de enfermagem, internos de Medicina ou Enfermagem, quando havia na Unidade, com a colaboração da Nutricionista e da Educadora Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Ao final do período de catalogação realizou-se uma avaliação do projeto, apontando a evolução dos níveis pressóricos e glicêmicos dos pacientes; as complicações encontradas, tratadas e/ou evitadas; e os vieses que devem ser melhorados para o seguimento mais adequado desses usuários.

Quanto aos aspectos éticos, é sabido que em virtude da natureza científica do estudo, não foi necessária submissão ao Comitê de Ética.



## RESULTADO E DISCUSSÃO

Por meio da sistematização do serviço de saúde prestado aos pacientes hipertensos e diabéticos adscritos na Unidade de Saúde da Família Raimundo Carneiro – equipe II, pode-se, então, elaborar um paradigma epidemiológico da comunidade do Pedregal. Assim, como mostrado no Gráfico 1, entre os anos de 2015 e 2016 houve um considerável aumento no número de pacientes. Destacando, ainda, que a microárea 5 se encontrava sem cobertura por ACS, e, portanto, não foi possível relatar seus dados, de modo a não ter acesso aos dados fidedignos da realidade da Unidade.

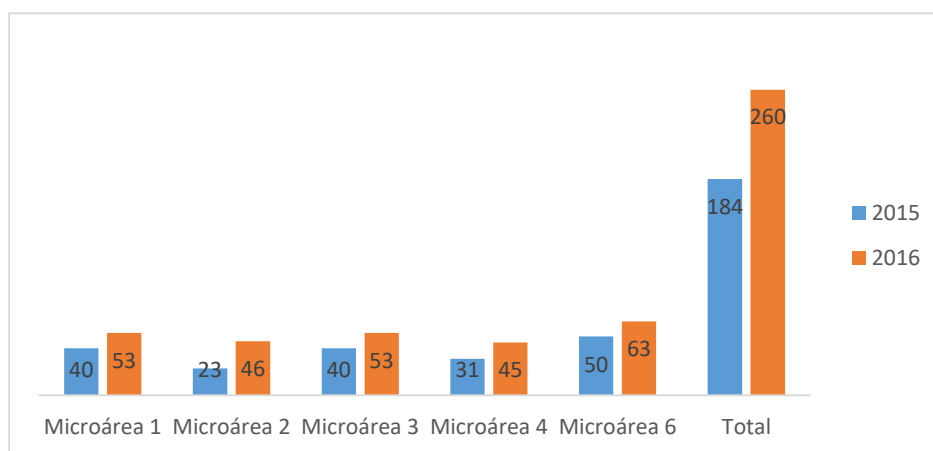


Gráfico 1: Número de pacientes com HAS e/ou DM adscritos na Unidade de Saúde da Família Raimundo Carneiro (equipe II), por microárea e na sua totalidade, nos últimos dois anos.

Desse modo, ao observar este aumento, pode-se constatar que ele se deve principalmente a dois fatores: devido a efetiva notificação dos casos de usuários hipertensos e diabéticos por meio da investigação dos níveis pressóricos e glicemia de jejum nos pacientes que buscavam a Unidade como demanda espontânea e a busca ativa de adultos a partir de 40 anos que realizaram exames laboratoriais e aferição de pressão arterial repetidas vezes, efetivando-se novos diagnósticos.

A notificação determina achados epidemiológica que tem sua grande relevância na saúde pública devido ao papel determinante que desempenha na criação de subsídios para a prevenção e o controle de determinados agravos à saúde, bem como gerar ações e planejamento de implementações, permitindo, assim, promover avaliação das estratégias e do impacto das intervenções (SANTOS, 2014).

Com isso, por meio da tabulação de dados que resultem na notificações e posterior conhecimento dos casos de hipertensão e diabetes da



população acompanhada, o profissional de saúde pode definir as vulnerabilidades e gerir ações que possam promover melhores estratégias de tratamento e prevenção no âmbito da HAS e DM de modo a mudar a realidade individual e coletiva quanto a essas comorbidades (LOPES, 2012).

Quanto a busca ativa, esta pode ser entendida dentro da vigilância epidemiológica e sanitária como a ação de ir à procura de indivíduos na finalidade de identificar sintomatologias e agravos à saúde de importância clínica e interesse do conhecimento na gestão e posterior intervenção de saúde. Além disso, por meio dessa ação de encontro, o profissional de saúde também se permite um conhecimento amplo da situação saúde-doença daquele indivíduo (PEREIRA, 2013).

Assim, por meio desta busca ativa incentivada por meio da sistematização do atendimento aos hipertensos e diabéticos, faz-se real e efetivo a continuidade da melhoria do sistema de saúde implantando com a iniciativa do programa Hiperdia, o qual veio a orientar os gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção, além de permitir o reconhecimento do perfil epidemiológico da HAS e do DM na população (FERNANDEZ, 2016).

Ademais, por meio dessa tabulação de dados, pode-se ter um controle nominal e quantitativo da realização ou não de consultas médicas com os hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela Unidade, como exposto na Tabela 1. Ressaltando-se aqui, a presença de dados da microárea 5 que embora descoberta pela ausência de ACS, ainda se encontrava com marcação e realização de consultas da população que se dirigia diretamente à UBSF.

Condição	Consulta médica	Microárea						Total
		I	II	III	IV	V	VI	
HAS	Sim	38	16	29	32	33	38	186
	Não	5	10	10	4	7	11	47
DM	Sim	2	6	2	3	2	2	17
	Não	0	1	0	0	1	0	2
HAS + DM	Sim	8	10	11	5	9	10	53
	Não	0	3	1	1	1	2	8
Total		53	46	53	45	53	63	313



Tabela 1: Distribuição de Hipertensos e/ou Diabéticos por microárea apontando a realização ou não de consulta médica na UBSF. 2016.

Assim, de acordo com o exposto, evidencia-se uma maior prevalência no número de casos de HAS, sendo este fato, portanto, encontrado na literatura na afirmativa de que doenças cardiovasculares e suas complicações são maioria na quantidade de internação e óbitos, quando comparadas as demais patologias. Essa corroboração também acontece quando comparado os dados encontrados nessa UBSF a outras unidades básicas no que diz respeito a esta comorbidade (FERNANDEZ, 2016).

Este fato mostra a importância do conhecimento epidemiológico na elaboração e direcionamento da educação em saúde, em que esta deve atingir o público alvo sendo resolutiva diante a problemática. Desse modo, o conhecimento real da situação populacional ao qual corresponde a demanda de atendimento de uma determinada unidade básica de saúde tem sua grande relevância no desenvolvimento de uma política de saúde que abranja todos os perfis populacional, com enfoque, portanto, naqueles mais prevalentes (PEREIRA, 2013).

## **CONCLUSÃO**

No presente estudo pode-se observar, portanto, a importância no conhecimento, cadastramento e acompanhamento dos casos de hipertensão e/ou diabetes em uma comunidade acompanhada por uma unidade básica de saúde, por meio da sistematização desses dados. Sendo essa uma ação de grande relevância, mas de nenhum custo para a gestão além de não gerar esforço exacerbado aos profissionais de saúde que ela desenvolve.

Além do mais, a sistematização da assistência ao grupo de hipertensos e diabéticos torna possível a criação de estratégias e políticas públicas de saúde direcionadas a intervir nessa problemática, de modo a solucioná-la ou minimizar seu impacto social. Sendo um retorno visível na atuação do cuidado à saúde, ademais a boa completude da maioria na abrangência dos casos confirma seu potencial para ampliar o conhecimento sobre a epidemiologia da hipertensão arterial e diabetes mellitus a nível comunidade, sendo de igual importância para a gestão municipal, estadual e federal.

Desse modo, torna-se evidente a importância no desenvolvimento dessa prática. Sendo esta adaptável em relação as variáveis utilizadas quando a sistematização passar por implantação em outras unidades de saúde, tendo em





vista a mudança da realidade de acordo com cada comunidade bem como a disponibilidade de insumos básicos para o desenvolvimento adequado das ações.

## REFERÊNCIA

REMÍGIO, Bruna Marcela Gomes. Implementação do Cadastramento e Acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos pelo Sistema Hiperdia na Unidade de Saúde Boa Vista do Município de Arcoverde – PE. Plano de Intervenção – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ALVES, B.A., CALIXTO, A.A.T.F. **Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista.** Journal of the Health Sciences Institute, São Paulo, Editora Board, v.30, n.3, Jan, 2012.

FUZINATO, S.F., et al. **Alterações nutricionais e metabólicas em diabéticos: desafios ao Hiperdia de uma estratégia de saúde da família.** Revista Brasileira de Promoção à Saúde, Fortaleza, v. 29, n.2, Abr/Jun, 2016.

LIMA, A.S., GAIA, A.S.L., FERREIRA, M.A. **A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético.** Revista Saúde Coletiva em Debate, Serra Talhada, Pernambuco, v 2, n.1, Dez, 2012.

LOPES, J.M., et al. **Hospitalização por acidente vascular encefálico isquêmico no Brasil: estudo ecológico sobre possível impacto do Hiperdia.** Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 19, n.1, Jan/Mar, 2016.

RETICENA, K.O. et al. **Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no Hiperdia.** Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 19, n.2, Abr/Jun, 2015.

CORREIA, L.O.S., PADILHA, B.M., VASCONCELOS, S.M.L. **Completitude dos dados de cadastro de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus registrados no Sistema Hiperdia em um estado do Nordeste do Brasil.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n.6, Mai, 2014.

LOPES, J.L., et al. **Sistematização do registro eletrônico de atendimento da parada cardiorrespiratória.** Journal of Health Informatics, São Paulo, v. 4, n.1, Jan/Mar, 2012.



SILVA, C. R. O. **Metodologia e Organização do Projeto de Pesquisa**. Fortaleza, maio, 2004.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro ; Medsi, 2003.

SANTOS, Melina Érica. Avaliação das capacidades de detecção, avaliação e notificação das potenciais emergências em saúde pública de importância nacional e internacional pelo Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasil. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

PEREIRA, O.M., et al. **Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.26, n.5, Fev, 2013.

FERNANDEZ, D.L.R., POLLARO, S.H.I., GONÇALVES, L.H.T. **Programa Hiperdia e suas repercussões sobre os usuários**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 30, n. 3, Jul./Set, 2016.

