



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

LIDIANE MARA DA SILVA ANDRADE

**ESTRATÉGIAS DE REINSERÇÃO DE USUÁRIOS AO GRUPO DE
HIPERDIA APÓS PANDEMIA DA COVID-19 EM UMA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

CAMPO GRANDE - MS

2023

LIDIANE MARA DA SILVA ANDRADE

**ESTRATÉGIAS DE REINserÇÃO DE USUÁRIOS AO GRUPO DE
HIPERDIA APÓS PANDEMIA DA COVID-19 EM UMA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
como requisito parcial para conclusão da Residência
Multiprofissional em Saúde da Família
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Melisha Stephanie dos Santos Tavares
do Nascimento

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

CAMPO GRANDE - MS

2023



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ

TERMO DE APROVAÇÃO

ESTRATÉGIAS DE REINserÇÃO DE USUÁRIOS AO GRUPO DE
HIPERDIA APÓS PANDEMIA DA COVID-19 EM UMA EQUIPE DE

SAÚDE DA FAMÍLIA por

LIDIANE MARA DA SILVA ANDRADE

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia 02 de fevereiro de 2023, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. A candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

BANCA EXAMINADORA

Melisha Stephanie dos Santos Tavares do Nascimento
Professora Orientadora

Évelyn Angélica Herculano de Moraes
Membro Titular 1

Valéria Saraceni
Membro Titular 2

A Folha de Aprovação assinada eletronicamente encontra-se na Secretaria Acadêmica da Coordenação do Programa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade, força e resistência para concluir essa residência. Agradeço a minha mãe e minha irmã, que mesmo de longe sempre me apoiaram e me incentivaram a chegar até o fim dessa jornada.

Agradeço a minha tia, que cedeu a sua casa e que foi o meu lar, amparo e família mais próxima durante esses dois anos, sem esse apoio eu não conseguiria chegar até aqui.

Aqui deixo a minha estima aos meus preceptores e colegas de jornada, que diante de tantas adversidades sempre estiveram lado a lado, auxiliando na tomada de decisões que necessitavam de apoio. Agradeço a minha orientadora Melisha, por me auxiliar no meu projeto e no meu TCR com muita responsabilidade, paciência e dedicação me atendendo e estando sempre disposta, auxiliando em minhas dúvidas e me ajudando a colocar os meus pensamentos no papel.

Agradeço a coordenação, sempre que necessário obtive resposta aos meus questionamentos e solicitações.

Gratidão aos profissionais da Unidade de Saúde da Família Oliveira, que me receberam com tanto carinho, sendo essenciais para que o período de residência fosse o mais proveitoso possível. Em especial quero agradecer aos funcionários pertencentes a equipe Antônio João Escobar, equipe em que fui inserida e fiz parte, obrigada pelo apoio em todas as situações e na equipe maravilhosa que são!

A todos, o meu muito obrigado!

RESUMO

ANDRADE, Lidiane Mara da Silva. **Estratégias de reinserção de usuários ao grupo de HIPERDIA após pandemia da Covid-19 em uma equipe de Saúde da Família. 2022.** 42 páginas. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

O presente trabalho tem como tema estratégias de reinserção de usuários ao grupo de HIPERDIA após pandemia da Covid-19 em uma equipe de saúde da família. O HIPERDIA consiste no cadastramento e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos. Essa prática foi afetada pela pandemia de Covid-19, pelo isolamento social imposto e pelo receio dos pacientes em se exporem ao vírus. O objetivo geral foi desenvolver estratégias que causassem a reinserção dos usuários ao grupo no contexto da pandemia de Covid-19. Essa intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde da Família Benedito Martins Gonçalves, em Campo Grande-MS. O universo de pesquisa envolve os pacientes do Programa HIPERDIA da Unidade com foco na Equipe Antônio João Escobar. A coleta de dados foi realizada utilizando os registros disponíveis na Unidade de Saúde. A intervenção ocorreu de diversas formas através de estratégias traçadas que contemplaram a participação de todos os membros da equipe. Observou-se o retorno de forma gradual dos pacientes ao grupo, a sua permanência e constância mês a mês através das estratégias desenvolvidas, sendo inclusive a frequência comparável aos anos anteriores à emergência sanitária. Portanto, conclui-se que as estratégias desenvolvidas e realizadas junto aos membros da equipe e aos pacientes foi de extrema relevância, onde os objetivos foram alcançados e superados, tendo como principal a adesão e retorno dos pacientes ao grupo HIPERDIA.

Palavras chaves: Hipertensão. Diabetes. Hiperdia. Covid-19.

ABSTRACT

ANDRADE, Lidiane Mara da Silva. **Strategies of reinsertion of users to the GROUP of HIPERDIA after the Pandemic of Covid-19 in a Family Health team. 2022.** 42 páginas. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

The present work has as its theme strategies of reinsertion of users to the group of HIPERDIA after pandemic of Covid-19 in a family health team. HIPERDIA consists of the registration and follow-up of hypertensive and diabetic patients. This practice was affected by the Covid-19 pandemic, the social isolation imposed and the fear of patients exposing themselves to the virus. The general objective was to develop strategies that would cause the reintegration of users into the group in the context of the Covid-19 pandemic. The study was carried out at the Benedito Martins Gonçalves Basic Family Health Unit, in Campo Grande-MS. The research universe involves patients from the HIPERDIA Program of the Unit with a focus on the Antônio João Escobar Team. Data collection was performed using the records available in the Health Unit. The intervention occurred in several ways through strategies designed that contemplated the participation of all team members. It was observed the gradual return of patients to the group, their permanence and constancy month by month through the strategies developed, and even the frequency was comparable to the years prior to the health emergency. Therefore, it is concluded that the strategies developed and carried out with the team members and patients were extremely relevant, where the objectives were achieved and exceeded, having as main the support and return of patients to the HIPERDIA group.

Key words : Hypertension. Diabetes. Hyperdia. Covid-19.

**LISTAS (DE ILUSTRAÇÕES, DE TABELAS, DE ABREVIATURAS, SIGLAS,
SÍMBOLOS E ACRÔNIMOS)**

Tabela 1: Estágios da HAS.....	18
Tabela 2: Divisão de tarefas da Equipe Antônio João Escobar em 2022.....	30
Gráfico 1: Dados do HIPERDIA dos anos de 2019 e 2020	28
Gráfico 2: Dados do HIPERDIA do ano de 2022.	33
Gráfico 3: Comparativo de média de pacientes HIPERDIA dos anos de 2019 e 2022.....	33
Figura 1: Índices Pressóricos.....	15
Figura 2: Repasse de informações HIPERDIA as ACS.....	31
Figura 3: Linha do tempo grupo Hiperdia	34
Figura 4: Encontro HIPERDIA novembro de 2022.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS

AMPA	Auto medida da Pressão Arterial
APS	Atenção Primária a Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
COVID-19	Sars-Cov-2
DCV	Doenças Cardiovasculares
DCNT	Doença Crônica não transmissível
DAP	Doença Arterial Periférica
DM	Diabetes Mellitus
FR	Fatores de risco
IC	Insuficiência Cardíaca
IMC	Índice de Massa Corporal
HA	Hipertensão Arterial
HA	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA	Monitorização Residencial da Pressão Arterial
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica

LISTA DE SIGLAS

SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	122
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	133
2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	13
2.2 DIABETES MELLITUS.....	19
2.3 HIPERDIA.....	23
3 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO	27
4 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS	288
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	335
REFERÊNCIAS	376
ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU	41

1 INTRODUÇÃO

O Programa Hiperdia consiste no cadastramento e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, permitindo a oferta de cuidados especiais para eles e o controle de suas doenças, de modo a lhes garantir uma maior qualidade de vida.

Essa prática é adotada no âmbito da Estratégia Saúde da Família, no Brasil, mas foi afetada pelos eventos ocorridos a partir de 2020, com a pandemia de Covid-19. Inicialmente, foram recomendadas medidas de isolamento social, como forma de conter a disseminação do vírus e, devido a isso, atividades em saúde na modalidade de grupos foram suspensas. Mesmo com a retomada de diversas atividades e o avanço da vacinação, muitos usuários ainda se sentem inseguros em visitar as unidades de saúde e continuarem com o acompanhamento.

O presente trabalho tem como tema abordar estratégias de reinserção de usuários ao grupo de Hiperdia após pandemia da Covid-19 em uma equipe de saúde da família. O objetivo geral desta pesquisa é desenvolver estratégias que possibilitem a reinserção dos usuários ao grupo no contexto de pós pandemia de Covid-19. Os objetivos específicos são: identificar as principais dificuldades de retorno dos usuários ao programa; investigar os desafios aos profissionais de saúde para o acompanhamento dos usuários nesse cenário e apontar propostas para a retomada do programa Hiperdia a pleno funcionamento.

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. Essas reuniões são importantes para o elo junto a esses pacientes (SILVA et al., 2015).

Dessa forma, o trabalho se justifica diante da importância do acompanhamento de condições crônicas como hipertensão e diabetes, razão pela qual o Programa Hiperdia foi implementado. Diante disso, a busca de alternativas para a retomada dessas ações durante a pandemia de Covid-19 e após esse evento sanitário é fundamental para a saúde pública no Brasil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) que acomete milhares de pessoas ao redor do mundo. No Brasil, em 2019, as doenças do aparelho circulatório (que fazem parte do grupo das DCNT) ocuparam o primeiro lugar em número de óbitos por capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), nas faixas etárias acima de 50 anos, seguidas por neoplasias e doenças do aparelho circulatório (SAUDE, 2021).

No País, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas e foram a primeira causa de hospitalização no setor público entre 1996 e 1999 para as pessoas com idade entre 40 e 59 anos (17%) e entre aquelas com 60 ou mais anos (29%) (DUARTE et al., 2014).

De acordo com Malachias et al., (2016) dados norte-americanos de 2015 apontam que a HAS estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), 77% de Acidente Vascular Encefálico (AVE), 75% com Insuficiência Cardíaca (IC) e 60% com Doença Arterial Periférica (DAP), onde a HAS é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE.

Segundo Barroso et al., (2020) em 2017, ocorreu um total de 1.312.663 óbitos, com um percentual de 27,3% para as Doenças Cardiovascular (DCV). Essas doenças representaram 22,6% das mortes prematuras no Brasil (entre 30 e 69 anos de idade). Dessa forma, observa-se o óbito prematuro que ocorre em decorrência da HA.

Ao comparar os resultados de uma década, esse número continua elevado. No período de 2008 a 2017, estima-se 667.184 mortes atribuíveis à HA no Brasil. Já no coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes, houve um leve aumento no IAM e um importante aumento da HA relatada de forma direta, respectivamente, de 25% e 128%, e a morbidade no período, revela-se uma tendência de estabilidade das internações (Sistema de Internações Hospitalares do Datasus) por todas as causas e pelas DCV corrigido por habitantes (BARROSO et al., 2020).

Esse índice é observado na prevalência da doença entre a população brasileira. No Brasil, HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por DCV. Junto com Diabetes

Mellitus (DM), suas complicações (cardíacas, renais e AVE) tem impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (MALACHIAS et al., 2016).

De acordo com Barroso et al., (2020) em 2018 estimaram gastos de US\$ 523,7 milhões no SUS (Sistema Único de Saúde), com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos, atribuídos à HAS, esses custos superaram a obesidade e DM no mesmo período. Ao longo da última década, 77% dos custos com hospitalizações no SUS com Doença Arterial Coronária são representados por DCV associadas à HA e aumentaram 32%, em reais, de 2010 a 2019, passando de R\$ 1,6 bilhão para R\$ 2,2 bilhões no período.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC (2016) a Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Temos ainda, outros problemas associados a tal patologia: 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.

Sendo constituído por veias e artérias, o sistema vascular se configura basicamente por musculatura lisa, qual constrição e dilatação são estabelecidas por certos reguladores da região, bem como certos hormônios. Portanto, o processo de dilatação e constrição dessa musculatura estabelece à resistência dos vasos sanguíneos, e desta forma, a pressão arterial (RANG et al., 2015).

A Pressão Arterial é a pressão que a corrente sanguínea exerce contra as paredes das artérias. O sistema vascular trabalha essencialmente com vasos que possuem certa elasticidade, amenizando a pressão exercida pelo músculo cardíaco. Neste sentido, a pressão do bombeamento do sangue e a elasticidade das artérias preservam a irrigação sanguínea do corpo. De modo que a espessura e elasticidade dos vasos sanguíneos arteriais estabelecem a pressão arterial, e a diminuição destes dois aspectos resultará na elevação da pressão arterial (DUARTE et al., 2014).

Diagnosticada em sua maioria na Atenção Primária à Saúde (APS), é preciso um olhar atento quanto aos sintomas e relação com outras patologias:

Frequentemente a HAS é encontrada na APS devido a sua alta prevalência e por estar correlacionada com complicações, tais como: coronariopatias; acidente vascular cerebral, IAM, doença renal e, principalmente, por ser uma doença crônica e de evolução lenta, quase sempre diagnosticada tardiamente e, por isso, um importante fator de risco (SANTOS; MOREIRA, 2012; JAMES et al., 2014 apud AMADO; LAGO, 2021).

O estudo das causas específicas até o momento não está bem esclarecido, todavia, tem-se o conhecimento que a HA, está associada a elementos como: gênero, faixa etária, etnia, rentabilidade e graduação acadêmica. Os índices mais preocupantes de hipertensão arterial são notados em mulheres, da raça negra, de faixa etária mais elevada, de renda reduzida e pouca graduação acadêmica, que não realizam atividades físicas, com antecedentes relacionados ao alcoolismo e alta ingestão de sódio, entre demais aspectos (MALACHIAS et al., 2016).

De acordo com Dantas et al., (2016) essa patologia tem como fatores algumas causas modificáveis: consumo de tabaco e álcool são fatores de risco para patologias cardíacas; dislipidemia, para acidente vascular encefálico; diabetes mellitus, para enfermidades renais; faixa etária superior a 60 anos, para patologias vasculares e antecedentes familiares para retinopatia.

Sem contar com as complicações mencionadas, a Hipertensão Arterial ainda é considerada elemento de risco para patologias renais, e sua associação é bem caracterizada nas obras literárias. No mesmo sentido, a doença renal crônica é a maior causa da HA secundária (DUARTE et al., 2014).

Por ser uma preocupante doença ao SUS, o Ministério da Saúde em 2021, organizou o Manual da Linha de Cuidado ao Paciente com HA. Conforme esse manual, na figura a seguir, observa-se os níveis pressóricos e sua respectiva condição:



Figura 1: Índices Pressóricos. Fonte: Saúde (2021)

Dessa forma, o profissional pode avaliar os níveis apresentados pelo paciente e acender os sinais de alerta quanto a diferenças em relação a literatura. Portanto, é sempre necessária uma avaliação inicial desse paciente dentro da Atenção Primária. Composta pelo acolhimento da equipe de enfermagem, confirmação do diagnóstico, identificação de fatores de risco,

suspeita e identificação de causa secundária, avaliação do risco cardiovascular, lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas (SAUDE, 2021).

A PA deve ser inicialmente medida nos dois braços e idealmente estabelecida por medição simultânea. Caso ocorra uma diferença > 15 mmHg da PAS (pressão arterial sistólica) entre os braços, há o aumento do risco CV. Todas as medidas subsequentes devem ser realizadas no braço com valores mais elevados da PA. (BARROSO et al., 2020)

Segundo Duarte et al., (2014) destaca-se ainda que essa medição deve ser realizada com o paciente sentado, em ortostatismo e posição supina, pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, alcoolistas e ou em uso de medicação anti-hipertensiva, e sempre utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes.

A identificação da HA é alcançada depois de várias análises clínicas e complementares. A análise clínica abrange a anamnese e avaliação física; fundamentadas por verificação da pressão arterial, análise antropométrica, verificação de antecedentes clínicos, por intermédio de indagações sobre a rotina de alimentação, informações socioeconômicas, antecedentes familiares e assim por diante (MALACHIAS et al., 2016).

Em outro polo, análises auxiliares como exames bioquímicos ainda são de grande relevância para a identificação da HÁ, contudo, estas avaliações são destinadas a diagnosticar prováveis reações adversas de remédios, assim como ocasionais agravos da doença, a exemplo das patologias renais (DUARTE et al., 2014).

Para este diagnóstico na APS, a aferição deve ser com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva. É aconselhável, quando possível, a validação de tais medidas por meio de avaliação da PA fora do consultório por meio da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), da Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) ou da Auto medida da Pressão Arterial (AMPA) validação e avaliação (BARROSO et al., 2020).

O MAPA, MRPA e AMPA têm por objetivo a monitorização dos pacientes quando estão fora do consultório e com protocolos específicos. Esses métodos permitem o registro indireto e intermitente da PA durante 24 horas ou mais, durante os períodos de vigília, sono e atividades diárias (SAUDE, 2021).

De acordo com os autores, o protocolo consiste na obtenção de três medições pela manhã (antes do desjejum e da tomada da medicação) e três à noite (antes do jantar) durante

cinco dias, ou então, duas medições em cada um desses momentos (manhã e noite), por sete dias (SAUDE, 2021).

Essas medidas de avaliação de PA fora do consultório são solicitadas mediante alguns fatores clínicos ou específicos. Os fatores clínicos para a indicação é: suspeita de hipertensão do avental branco (HAB); HAS estágio 1 no consultório sem lesão de órgão-alvo e com baixo risco cardiovascular total; suspeita de hipertensão mascarada (HM) o PA entre 130/85 mmHg e 139/89 mmHg no consultório o PA < 140/90 mmHg no consultório em indivíduos assintomáticos com lesão de órgão-alvo ou com alto risco cardiovascular total (SAUDE, 2021).

Já as indicações específicas para solicitação do MAPA são: discordância importante entre a PA no consultório e em casa; avaliação pressórica durante o sono; avaliação do padrão pressórico durante o descenso do sono (SAUDE, 2021).

Os valores considerados normais dentro do MAPA variam conforme o período do dia sendo eles: em Vigília < 135/85 mmHg; durante o sono < 120/70 mmHg; dentro das 24 horas < 130/80 mmHg e os valores normais de MRPA < 135/85 mmHg (SAUDE, 2021).

A consulta de enfermagem é destinada a todos os indivíduos. Esta faz parte da estratégia dirigida a grupos de risco que propõe intervenção educativa em indivíduos com valores de PA limítrofes, predispostos à hipertensão. As medidas são equivalentes às propostas para tratamento não medicamentoso da HAS, também chamadas de promoção de mudança no estilo de vida (MEV) (SAUDE, 2013).

De acordo com Saúde (2013) no que se refere ao paciente já diagnosticado e em acompanhamento, a consulta de enfermagem da pessoa com diagnóstico de HAS pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e possui seis etapas interrelacionadas entre si, objetivando a educação em Saúde para o autocuidado.

A consulta de enfermagem deve focar nos fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão, ou seja, as mudanças no estilo de vida, o incentivo à atividade física, à redução do peso corporal quando acima do IMC (índice de massa corporal) recomendado e o abandono do tabagismo e etilismo. Deve também estar voltada para as possibilidades de fazer a prevenção secundária, a manutenção de níveis pressóricos abaixo da meta e o controle de fatores de risco (SAUDE, 2013).

A PA deve ser medida em toda avaliação por médicos, de qualquer especialidade, e por todos os profissionais da saúde devidamente capacitados. Exclusivamente aos médicos

cabem o diagnóstico de HA e seus fenótipos, assim como a conduta relacionada a tais diagnósticos (BARROSO et al., 2020).

Dessa forma, após o diagnóstico, a HAS pode ser classificada em três estágios, conforme a tabela a seguir:

Tabela 1: Estágios da HAS.

	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110

Fonte: Brasil, (2021)

Após o diagnóstico é estabelecido as metas terapêuticas para o controle da HA. Para pacientes sem lesão em órgãos alvo, as metas seguem o padrão com os objetivos e níveis: Essencial, redução da PA de pelo menos 20 mmHg na PA sistólica e 10 mmHg na PA diastólica, idealmente reduzir a PA para menos de 140/90 mmHg. Ótimo < 65 anos: PA < 130/80 mmHg se tolerado (manter PA > 120/70 mmHg); ≥ 65 anos: PA < 140/90 mmHg se tolerado, considerar individualmente o contexto de fragilidade individual, grau de independência e tolerabilidade (manter PA > 120/70 mmHg) (SAUDE, 2021).

O rastreamento deve ser um dever de todos os profissionais da saúde. Recomendam-se, para todo adulto com idade ≥ a 18 anos, quando presente na Unidade de Atenção Primária para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros; se não houver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, verificar e registrar a PA (SAUDE, 2021).

E é nessa perspectiva de rastreio e monitoramento que os grupos operativos surgem. Na tentativa de reduzir o número de hospitalizações e de atingir o acompanhamento e o tratamento adequados na atenção básica, diversas estratégias e ações vêm sendo elaboradas e adotadas no Ministério da Saúde. Dentre essas ações, merece destaque o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HA) e ao Diabetes Mellitus (DM) (SILVA et al. 2015).

A HAS e o DM são doenças crônicas, altamente prevalentes, de alto custo social, que vêm aumentando significativamente na população, representando importante problema de

saúde pública, pois impactam negativamente na qualidade de vida. O Programa de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) é uma estratégia importante para a sensibilização das pessoas acometidas por essas doenças quanto ao autocuidado, sendo uma das medidas preventivas de danos secundários (RIBEIRO et al., 2020).

Ressalta-se que, o acompanhamento e o controle da HAS e da DM no contexto da atenção primária, são capazes de prevenir o surgimento e o avanço das complicações que podem surgir em decorrência destas patologias, e assim, reduzir o número de internações hospitalares realizadas em virtude destes agravos, assim como a mortalidade por doenças cardiovasculares (AMADO; LAGO, 2021).

De acordo com Ribeiro et al., (2020) dentro do setor do Programa de Hiperdia, o papel do enfermeiro gestor é fundamental para que possa ser planejado, organizado, executado e avaliado o serviço prestado ao usuário. É o enfermeiro a peça-chave do programa HIPERDIA dentro da Atenção Primária.

2.2 DIABETES MELLITUS

O Diabetes Mellitus (DM) é uma patologia frequentemente diagnosticada entre a população e se caracteriza por níveis elevados de glicose no sangue, podendo ocorrer pela baixa produção de insulina no pâncreas (tipo I) ou por problemas no processamento de glicose pelo corpo (tipo II). O DM representa um problema de saúde pública devido ao aumento de sua incidência e prevalência (GUSMAI; NOVATO; NOGUEIRA, 2015).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), o DM se caracteriza como uma DCNT onde o corpo não produz ou não consegue utilizar de maneira eficaz a insulina, hormônio responsável por controlar a quantidade de glicose presente na corrente sanguínea (SBD, 2019).

Segundo Silva et al., (2009) o diabetes mellitus tipo 2 se destaca entre as doenças crônicas degenerativas de maior incidência entre os brasileiros entre os anos 2000. Observa-se que o DM tipo 2 afeta diretamente a vida dos brasileiros que possuem essa patologia.

A nível mundial, essa patologia possui taxas elevadas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve que cerca de 347 milhões de pessoas no mundo possuem diabetes, onde cerca de 80% dos óbitos pelo DM ocorrem em países de baixa ou média renda, como no Brasil (GUSMAI; NOVATO; NOGUEIRA, 2015).

Em 2017, a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation, IDF) estimou que 8,8% (intervalo de confiança [IC] de 95%: 7,2 a 11,3) da população mundial com 20 a 79 anos de idade (424,9 milhões de pessoas) vivia com diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

De acordo com Meiners et al., (2017) as previsões são assombrosas quanto a prevalência global, onde uma revisão internacional de 751 estudos sobre a tendência da prevalência mundial de diabetes estimou um aumento de casos da doença, no período de 1980 a 2014, de 4,3 para 9,0% e de 5,0 para 7,8% entre os homens e as mulheres adultos, respectivamente, quando padronizada por idade. Ao comparar os estudos, observa-se que esses níveis continuam elevados e tendo uma prospecção de aumentar ainda mais durante os anos. Se as tendências atuais persistirem, o número de pessoas com diabetes foi projetado para ser superior a 628,6 milhões em 2045 (SDB, 2019).

Já no Brasil, a SBD (2019) destaca que em torno de 12 milhões de brasileiros sofrem com o diabetes, ocupando o País o quarto lugar com maiores números de casos no mundo. Esses dados trazem índices alarmantes quanto ao número de pessoas com DM no Brasil.

Sabe-se que o DM acarreta inúmeras complicações ao seu portador. Estima-se que em 2025 existirão 11 milhões expostos a complicações como: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, cegueira, amputações de pernas e pés, abortos, mortes perinatais e insuficiência renal crônica (SILVA et al., 2009).

Segundo Cortez et al., (2015) na evolução do diabetes, destaca-se a alta morbimortalidade que compromete a qualidade de vida dos usuários, além dos altos custos necessários para a realização do controle do diabetes mellitus e tratamento das complicações agudas e crônicas. Portanto, entender sobre o DM e suas classificações facilitam o manejo ao paciente.

Em sua nova diretriz, a SBD (2022) descreve que sua classificação deve ser baseada em sua etiopatogenia do diabetes, que compreende o diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos de diabetes (RODACKI; TELES; GABBAY, 2022).

O DM tipo 1 é uma patologia de maior prevalência em jovens, manifestando-se até os 30 anos e com característica de deficiência de células beta-pancreáticas impedindo a produção de insulina, levando a não utilização de glicose no organismo e gerando a hiperglicemia (FERREIRA; OLIVEIRA; SALLES, 2021).

Dentre a mais prevalente na população, o destaque é para o DM tipo 2. Está frequentemente associado à obesidade e ao envelhecimento. Tem início insidioso e é

caracterizado por resistência à insulina e deficiência parcial de secreção de insulina pelas células β , pancreáticas, além de alterações na secreção de incretinas. Apresenta frequentemente características clínicas associadas à resistência à insulina, como *acantose nigricans* e hipertrigliceridemia (RODAKI; TELES; GABBAY, 2022).

O profissional deve estar atento e alerta aos sinais e sintomas que o paciente possa apresentar, sendo características que levantam a suspeita de diabetes os “quatro P’s”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso (SAUDE, 2013).

Apesar de estarem presentes no DM tipo 2, esses sinais são mais agudos no tipo 1, podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo. Sintomas mais vagos também podem estar presentes, como prurido, visão turva e fadiga (SAUDE, 2013).

Por ser uma doença crônica que determina um acompanhamento por um longo período, o paciente deve receber um cuidado individual e de forma diferenciada para prevenir as possíveis complicações. É uma doença de elevado impacto econômico e social a nível do paciente, sua família e rede de apoio e de toda a sociedade. Proporcionar uma melhor qualidade de vida é primordial para evitar complicações (GUSMAI; NOVATO; NOGUEIRA, 2015).

Segundo Gusso e Lopes (2012), o diagnóstico de diabetes baseia-se na detecção da hiperglicemia. Todas as pessoas com DM, independente dos níveis glicêmicos, deverão ser orientados sobre a importância da adoção de medidas para a efetividade do tratamento farmacológico, alimentação adequada e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso (GUSSO; LOPES, 2012).

O diabetes mellitus (DM) não controlado pode provocar, em longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular (SCHMIDT et al., 2010).

Também está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias. Desta forma, o DM é considerado causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (SCHMIDT et al., 2010).

A nefropatia diabética acomete de 30% a 40% dos indivíduos com DM tipo 1 e de 10% a 40% daqueles com DM tipo 2, representando a principal complicação microvascular do diabetes e a maior causa de insuficiência renal terminal em todo o mundo. A instalação da

nefropatia diabética representa a maior causa de morbidade e mortalidade nos subtipos 1 e 23 (MOREIRA et al., 2008).

Nesta complicação, o processo de filtração glomerular é inadequado, levando a excreção de moléculas de proteínas com baixo peso molecular pela urina, tornando-se um marcador importante para o diagnóstico desse distúrbio. A nefropatia diabética é uma das principais causas de insuficiência renal em pacientes que estão realizando diálise e é caracterizado por albuminúria, HAS e um declínio progressivo da função renal (PASQUALOTTO, et al. 2012 apud FONSECA; RACHED, 2019).

Portanto, o DM é uma doença que atinge a qualidade de vida da população devido a diversos fatores como: conhecimento sobre a doença, o uso de insulina, idade, complicações, nível social, entre outros. A doença pode ser mais devastadora em idosos, devido ao impacto observado quanto à saúde física, mental, social, pela variedade de medicamentos que são utilizados, autocuidado, entre outros fatores que comprometem a qualidade de vida (GUSMAI; NOVATO; NOGUEIRA, 2015).

Dentro da APS, a abordagem ao paciente com DM vem como um elo e a busca pela promoção da Saúde. A Atenção Primária está mais próxima da comunidade, serve como primeira referência nas situações de saúde e doença. Porém, sua proposta deve ir além da Unidade Básica de Saúde, por meio da interação com a comunidade, deve desenvolver estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças (RODRIGUES et al., 2018).

Segundo Silva et al., (2009) a educação em saúde é fundamental para as intervenções preventivas em âmbito comunitário particularmente no que se refere às doenças crônicas. Dessa forma, é necessário o trabalho com os pacientes portadores buscando uma linha de cuidado ao paciente com DM.

A finalidade da linha de cuidado do DM é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta condição crônica, por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado em todos os pontos de atenção. O cuidado deve levar em consideração as necessidades individuais de cada pessoa após identificar os fatores de risco, avaliar as condições de saúde e solicitar exames necessários e que possam contribuir para a decisão terapêutica ou preventiva (RODRIGUES et al., 2018).

Portanto tais intervenções levam ao único objetivo: melhora da qualidade de vida do paciente. O objetivo das intervenções junto aos pacientes diabéticos é obtenção de bom controle metabólico ao longo da vida, porém isso representa um grande desafio, por tratar-se de uma condição crônica, que exige modificação de estilo de vida que por sua vez está intrinsecamente

ligado à vida de familiares e amigos, mais do que uma escolha individual (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

Assim sendo, e, considerando que 99% dos cuidados diários necessários ao tratamento do diabetes são realizados pelo paciente ou familiar, a educação assume importância fundamental na terapêutica e na integração do diabético na sociedade, como reconhece a Organização Mundial da Saúde (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

De acordo com Lyra et al., (2006) reduzir o impacto do DM 2 significa, antes de tudo, reduzir a incidência da doença, antecipando-se ao seu aparecimento com medidas preventivas, sobretudo em indivíduos de alto risco, tais como os portadores de tolerância diminuída à glicose e de glicemia de jejum alterada. Intervenções comportamentais e farmacológicas têm sido estudadas e implementadas com esse objetivo.

Diante de tais medidas, observa-se a importância dos grupos como o Hiperdia. O Brasil tem priorizado o DM nas políticas públicas de saúde desde o ano 2001, com a implantação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão e Diabetes e do Sistema de Informação em Saúde (SIS-Hiperdia) (MEINERS et al., 2017).

Dentro dos grupos, pode-se realizar ações de educação em saúde. A educação em saúde, enquanto medida de prevenção ou retardo do Diabetes Mellitus, é uma ferramenta importante para a redução de custos para os serviços de saúde. As intervenções que focalizam aspectos múltiplos dos distúrbios metabólicos, incluindo a intolerância à glicose, a hipertensão arterial, a obesidade e a hiperlipidemia, poderão contribuir para a prevenção primária do Diabetes Mellitus (MCLELLAN et al., 2007).

2.3 HIPERDIA

O Hiperdia é um programa inserido dentro da APS que visa o acompanhamento dos HA e DM inseridos em seu território. Consiste em um programa da Estratégia de Saúde da Família (ESF) eficaz para instrumentalizar a prática de atendimento aos usuários hipertensos/e ou diabéticos, por criar informes que proporcionam o conhecimento da situação e mapeamento dos riscos para desenvolver a atenção a estas pessoas e diminuir os fatores condicionantes de complicações das doenças (SANTOS et al., 2017). O plano de reorganização à Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, estabeleceu metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho na atenção à saúde.

O movimento de promoção da saúde surgiu no Canadá, em 1974, através da divulgação do documento “*A new perspective on the health of Canadians*”, também conhecido como Informe Lalonde. A realização deste estudo teve como pano de fundo os custos crescentes da assistência à saúde e o questionamento do modelo médico-centrado no manejo das doenças crônicas, visto que os resultados apresentados eram pouco significativos (BUSS, 2003 apud SILVA, 2010).

De acordo com Pereira (2013) o programa HIPERDIA foi criado através da Portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002. Neste documento, o Art. 1º destaca: Instituir o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002).

Tendo como objetivos principais:

I - Implantar o cadastramento dos portadores de hipertensão e diabetes mediante a instituição do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes a ser proposto pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

II - Ofertar de maneira contínua para a rede básica de saúde os medicamentos para hipertensão hidroclorotiazida 25 mg, propranolol 40 mg e captopril 25 mg e diabetes metformina 850 mg, glibenclamida 5mg e insulina definidos e propostos pelo Ministério da Saúde, validados e pactuados pelo Comitê do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes e pela CIT;

III - acompanhar e avaliar os impactos na morbimortalidade para estas doenças decorrentes da implementação do Programa Nacional (BRASIL, 2002).

Oliveira e Palha (2008) referem que no Brasil a implantação de um plano de reorganização a Atenção a Hipertensão e diabetes, surgiu após vários estudos, em que ficou evidenciado que “os diabéticos e hipertensos estão inseridos em uma população de risco, já que as doenças do aparelho circulatório, além de representarem sério dilema nos serviços públicos, foram responsáveis por 27% do total de óbitos em 2002”.

Segundo informações do DATASUS, o Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes

cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS (SAUDE, 2022).

Na Atenção Básica foi implantado em janeiro de 2002, o Sistema de Informação em Saúde Hiperdia (SIS/Hiperdia) que cadastra, acompanha e monitora os usuários com HA e DM, conforme as diretrizes do Plano de Reorganização da Atenção a HA e DM. O SIS/Hiperdia foi criado como uma ferramenta para o planejamento das ações em saúde aos usuários diagnosticados e cadastrados nesse SIS. Quando o usuário é diagnosticado como hipertenso e/ou diabético é preenchida a ficha de cadastramento do mesmo, sendo que, a primeira via fica anexada ao prontuário e a segunda via é encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a alimentação do banco de dados do Ministério da Saúde (MS) (VALLE et al., 2011)

Dessa forma, esse sistema vem para informatizar dados coletados durante o programa. O Hiperdia possui um sistema informatizado que permite o cadastramento desses pacientes e assim, facilitar seu acompanhamento. A médio prazo poderá ser definido o perfil epidemiológico da população assistida naquelas determinadas unidades de saúde (SILVA et al., 2012). A implantação e alimentação do sistema ficou a cargo das secretarias municipais de saúde, e pode-se observar poucos dados ao acessar a plataforma do DATASUS ([TabNet Win32 3.0: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - Mato Grosso do Sul \(datasus.gov.br\)](#)).

A alimentação contínua e adequada do sistema Hiperdia (SIS/HIPERDIA), em relação às fases de cadastramento e acompanhamento, além de fornecer dados epidemiológicos que constituem importantes parâmetros para a definição de ações e políticas de prevenção, provê informações suficientes para o planejamento eficaz de medidas de promoção e controle de complicações nos indivíduos já diagnosticados portadores da HA e/ou DM. Os profissionais de saúde tendo acesso a esse SIS têm também aos principais indicadores das condições de saúde desses pacientes, podendo assim organizar os serviços de saúde, direcionar suas ações e assistência na busca de resultados que visem à prevenção de complicações e minimização dos agravos (VALLE et al., 2011).

Porém, ao realizar pesquisas quanto a informatização desse sistema, observa-se que a sustentabilidade e a alimentação de dados estão desatualizadas, onde os dados mais recentes encontrados na plataforma do DATASUS são de 2013, e ao buscar informações sobre tal, muitos relatam somente ser um programa dentro da APS (gerência, distrito, demais profissionais da saúde e SESAU), sem o breve conhecimento de sua informatização.

Dentro do grupo de HIPERDIA, os pacientes são orientados quanto as dúvidas que podem surgir. Além disso, este programa oferece subsídios e informações para seus usuários, permite a troca de experiências uns com os outros, no qual, relatam seus medos, anseios, sentimentos e preocupações (ROCHA; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2021).

Quanto aos profissionais que atuam no grupo, a equipe multiprofissional está inserida. Nota-se a presença de nutricionistas, odontólogos, farmacêuticos, profissionais de educação física, entre outros, além da equipe mínima de saúde da família. Esta equipe deve atuar de forma sistematizada, dinâmica de forma que a assistência prestada aos pacientes seja mais eficaz e minimizadora de problemas (ROCHA; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2021).

Portanto, a criação deste programa foi de grande importância, uma vez que existe, no Brasil, uma elevada prevalência destas duas patologias crônicas, isoladas ou associadas, e elas são fatores de risco para o desenvolvimento de outros agravos, os quais podem levar ao óbito (AZEVEDO et al., 2021).

Segundo Silva et al., (2015) 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. Essas reuniões são importantes para o elo junto a esses pacientes.

O estudo realizado por Rocha, Oliveira e Almeida descreve que muitos são os estados que realizam a implementação do Hiperdia em Unidades de Saúde. Também refere que em relação às características dos profissionais entrevistados, houve predominância dos profissionais de enfermagem. Estes relatam não ter dificuldade na execução do HIPERDIA e afirmam ainda que existe troca de informações entre os profissionais e que os pacientes conseguem ser acompanhados, o programa é eficiente no controle da HAS e no controle glicêmico (ROCHA; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2021).

3 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Local do estudo

O projeto foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Família Benedito Martins Gonçalves, localizada à Rua Antônio João Escobar, 390, no Parque Residencial Oliveira, em Campo Grande - MS. Essa unidade de saúde foi inaugurada em 2018, atendendo a população dos bairros Jardim das Oliveiras I, II e III, Conjunto União e Girassóis, num total de 10.138 de usuários conforme *e-sus* (2022), podendo chegar a 16 mil moradores conforme meta da APS.

3.2 Descrição do público-alvo

O universo deste trabalho envolve os pacientes do Programa HIPERDIA adscritos na equipe Antônio João Escobar da Unidade Básica de Saúde da Família Benedito Martins Gonçalves.

3.3 Plano de ações

Inicialmente foi realizada a submissão do projeto à Comissão de projetos da SESAU. Após aprovação, foram coletados dados secundários de número total de participantes nas reuniões do grupo HIPERDIA da equipe Antônio João Escobar nos anos de 2019-2020 e referente ao ano de 2022 (pós pandemia). A coleta foi realizada utilizando os registros disponíveis na Unidade de Saúde, mediante folha de presença dos grupos ou pela plataforma *e-sus*. Após essa etapa, foi realizado comparativo numérico gráfico de ambos os períodos.

Foram implementadas intervenções junto as reuniões do grupo, sendo realizados registros destas e acompanhamento de sua efetividade ou não em relatórios por escrito. Ao fim, foi realizada avaliação dos dados, do resultado das intervenções e finalização do projeto.

3.4 Avaliação e monitoramento

Em sequência da aprovação do projeto, foram iniciadas as intervenções com o grupo e registradas a efetividade ou não das mesmas. Quando necessário realizados ajustes de conduta e oportunizado melhorias junto a equipe.

4 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS

A unidade de saúde Benedito Martins Gonçalves (Oliveira II) foi inaugurada em 31/08/2018. Durante os primeiros meses de sua atuação o foco dos trabalhos foi conhecer o território e a população local, distribuição das equipes e adaptação dos profissionais. Devido a isso, optou-se por concentrar a coleta de dados de 2019 em diante.

Inicialmente foi identificado o número médio de participantes do grupo HIPERDIA da equipe Antônio João Escobar, que era de 20 moradores. No Gráfico 1, podemos visualizar a frequência mensal nos anos de 2019-2020 (antes da pandemia). Percebemos que no período, temos 3 meses sem registros identificados tanto no *e-sus* quanto na lista de frequência física. No mês de março/2020 foi decretado estado de pandemia nacional e as reuniões em grupo nas unidades de saúde foram suspensas.

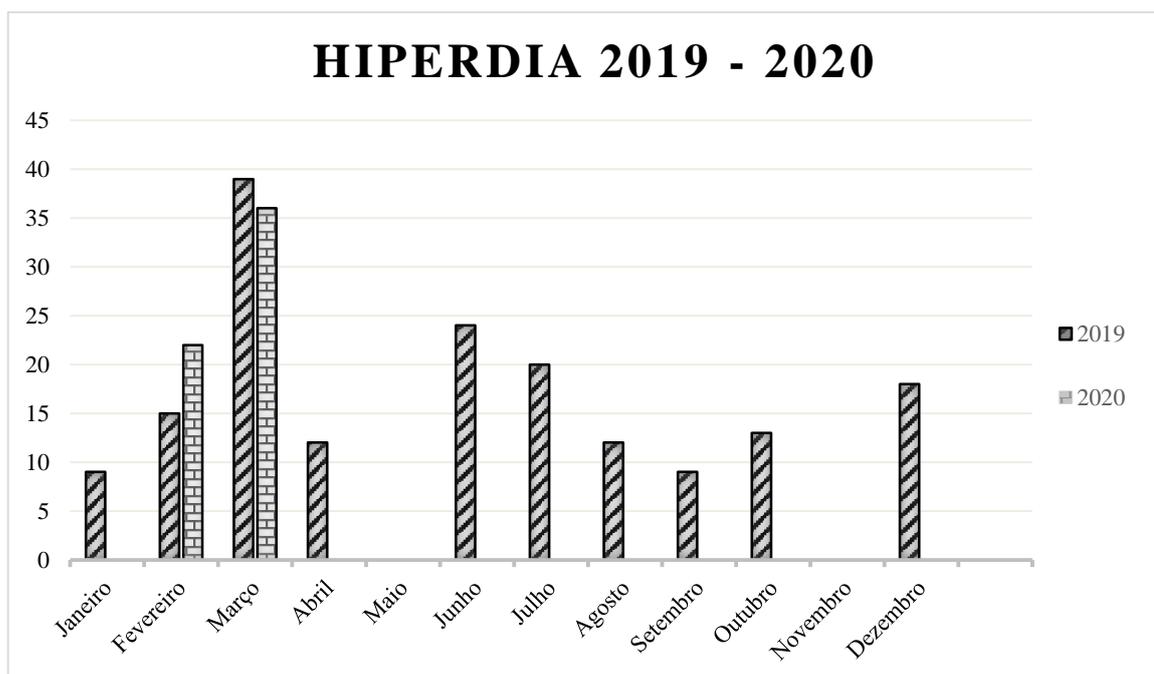


Gráfico 1: Frequência do grupo HIPERDIA equipe Antônio João Escobar em 2019 e 2020. Os dados do HIPERDIA dos meses de maio e novembro de 2019 e janeiro de 2020 não foram encontrados no sistema e nem na base de dados da unidade.

O principal objetivo do trabalho era assegurar o retorno da população adscrita com frequência às reuniões. Sauer et al., (2018) destaca que os grupos na Atenção Básica têm o objetivo de atingir a parcela populacional que necessita de intervenções que contemplem ações educativas, de aprendizagem de como conviver com a doença ou situação atual e mudanças de

hábitos. Dessa forma, ao traçar as estratégias busca-se a participação dos pacientes com o objetivo de adesão ao grupo, sendo esse do HIPERDIA.

De maneira individual e em discussão com outros profissionais da unidade, foram realizadas as seguintes estratégias para incentivar o retorno as reuniões pela população, sendo estas:

- 1- Mudança do local do HIPERDIA, da unidade para o território;
- 2- Definição e divulgação anual das datas dos encontros;
- 3- Definição do profissional responsável pela condução das atividades de cada mês;
- 4- Divulgação do grupo dentro do consultório pelos médicos e enfermeiros da equipe;
- 5- Apoio do ACS em visita domiciliar no convite dos moradores ao grupo;
- 6- Presença obrigatória do ACS no grupo, salvo em exceções;
- 7- Contato por meio dos grupos de WhatsApp do bairro e publicações convidando a população e apoio da igreja e comunidade;
- 8- Trabalho em conjunto com as demais categorias multiprofissionais e apoio do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) ;
- 9- Mudança na forma de interação com a população.

Tendo como meta, foram realizadas as implementações das novas estratégias, para que os profissionais de saúde possam retomar plenamente o Programa HIPERDIA, com atendimentos mensais aos usuários, coleta de suas informações, acompanhamento de suas condições crônicas e oferta de orientações gerais a eles, de modo a prover dados para os órgãos de saúde e oferecer melhor qualidade de vida para os usuários.

As estratégias traçadas foram implementadas em prática de forma gradual, realizadas por todos os profissionais pertencentes a equipe, sendo primordial o apoio de cada membro para que o objetivo fosse alcançado. Essa participação de cada membro é destacada por Araújo e Rocha (2007), o trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

Uma das mudanças realizadas desde o retorno das atividades em grupo, foi quanto ao local de encontro, saindo da unidade e indo para um local mais aberto e arejado, sendo disponibilizado o espaço aos fundos da Igreja Batista União, localizado dentro do território da Equipe Antônio João Escobar. Ao realizar essa mudança, muitos pacientes começaram a frequentar o grupo. A ambiência do local devido ser aberto e amplo tornava mais convidativo

e ao mesmo tempo reduzia a preocupação com aglomeração e permanência em ambientes fechados.

Essa mudança também foi benéfica quanto a permitir uma aproximação maior com os pacientes no território, tendo em vista que a Igreja está próxima ao território e a comunidade.

A definição de uma data de encontro foi primordial. A disponibilização de calendário anual, onde os pacientes já ficam cientes da data, foi extremamente relevante. As datas foram definidas em equipe e fixadas como sendo a segunda terça-feira de cada mês. Houve exceções devido a feriados, porém na maioria dos meses não houve alterações na data fixa, o que contribuiu com a assiduidade dos moradores.

Para a equipe, a utilização da estratégia do responsável mensal pela organização foi proveitosa. Isso não gerou sobrecarga sobre nenhuma categoria e gerou inclusão e participação de todos os membros da equipe (Tabela 2). Dessa forma, cada profissional que ficou à frente da realização do grupo naquele mês, se organizou a fim de prestar um bom atendimento aos moradores, evitando maiores contratempos e desorganização.

Tabela 2: Divisão de tarefas equipe Antônio João Escobar no ano 2022.

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE ANTONIO JOÃO ESCOBAR									
ATIVIDADE	Mai/22	Jun/22	Jul/22	Ago/22	Set/22	Out/22	Nov/22	Dez/22	PRAZO
Fechamento equipe e fechamento ACS	C.A.	I.D.	L.M.	C.A.	E.R.	C.A.	O.S.	E.R	Último dia do mês
Fechamento SESAU	E.R.	C.A.	O.S.	L.M.	I.D.	E.R.	C.A.	O.D	Até o 5º dia útil
Verificação e-mail AJE	L.M.	E.R.	E.R.	C.A.	O.S.	L.M.	I.D.	E.R.	Diário
Coordenação HIPERDIA	O.D.	L.M.	I.D.	E.R.	C.A.	O.S.	L.M.	C.A.	2ªterça-feira.
HIPERDIA – 2ª terça-feira do mês	10/05	14/06	12/07	09/06	13/09	11/10	06/11	13/12	
Pactuado em 06/05/2022. Sujeito a alterações devido a possibilidade de novas demandas externas.									

As siglas (C.A., I.D., L.M., E.R., O.S., O.D.) referem-se os nomes dos profissionais. Abreviado para manter o sigilo dos demais profissionais.

Dentro do consultório, realizou-se a divulgação do grupo para os pacientes que passam em consulta, orientando sobre o grupo e a importância de comparecer. Essa divulgação foi realizada de forma ampla pelas categorias de enfermagem e medicina, orientando a presença no grupo. Desta forma era possível garantir ao usuário a consulta e troca de receitas, auxiliando na diminuição da demanda espontânea dentro da unidade. Também foram produzidos convites

impressos que a equipe de farmácia fazia entrega aos pacientes que compareciam para retirada de medicamentos.

O apoio dos ACS da equipe foi essencial no convite aos hipertensos e diabéticos de nosso território, informando e orientando quanto a importância do grupo (Figura 2). O ACS é uma figura fundamental na saúde da família, pois intermedia que as necessidades da população cheguem à equipe de profissionais, que irá intervir junto à comunidade, onde o agente também mantém o fluxo contrário, transmitindo à população informações de saúde (COSTA et al., 2013).



Figura 2: Repasse de informações HIPERDIA as ACS.

Foi definido junto a equipe, que a presença dos ACS ocorresse de forma obrigatória nos encontros, sendo justificada somente em casos de atestados ou férias. Essa estratégia visa o vínculo formado entre morador e agente de saúde, portanto a presença do seu ACS no local cria um ambiente favorável ao paciente que ali se encontra. De acordo com Costa et al., (2013 p. 2153) “a interação entre ACS, equipe de saúde, grupos sociais e populações é de fundamental importância para o desenvolvimento das ações”.

Diante do avanço tecnológico, o contato com os pacientes por meio de WhatsApp e grupos do bairro, além de publicações em rede social da unidade de saúde convidando a

população-alvo foi de grande valia, sendo um auxiliar para lembrá-los do grupo. A experiência de promover a saúde por meio de redes sociais tem tido bom engajamento, vistas que nas métricas se observa participação expressiva de pessoas do território da ação de saúde, quanto de outras localidades (SANTOS; SILVA, 2021).

Outra estratégia para a consolidação foi o trabalho em conjunto com demais categorias, com dinâmicas laborais pela residência de Educação Física, equipe multiprofissional do NASF (nutricionista, psicóloga), odontólogos com instrumental educativo, farmacêuticos com abordagem de cuidado com medicamentos, entre outros. Tudo como estímulo ao paciente a participar de forma contínua ao grupo. De acordo com Santos et al., (2016) um dos fundamentos do arranjo do SUS é a forma de trabalho e a reorganização junto a equipes multiprofissionais e interdisciplinares, que possuem o objetivo de prestar assistência integral de forma contínua com resolutividade e qualidade, atendendo as necessidades da população, sendo necessário uma abordagem multidisciplinar, planejamento de ações, bem como exercício de controle social.

A mudança na forma de interação com os pacientes também foi relevante. A abordagem dos assuntos de forma mais natural e não com discurso técnico, a fim de que assimilem o que está sendo tratado nos encontros levava a maior vínculo e assiduidade dos pacientes.

Através das estratégias e intervenções, observou-se o crescente aumento do número de participantes, a adesão de muitos e o acompanhamento de forma mensal de vários pacientes em nosso grupo. Esses números podem ser observados através dos relatórios no *e-sus* e por meio de fotos, onde muitos pacientes aparecem em meses subsequentes.

No Gráfico 2 podemos observar o acompanhamento de frequência do grupo HIPERDIA da equipe Antônio João Escobar em 2022.

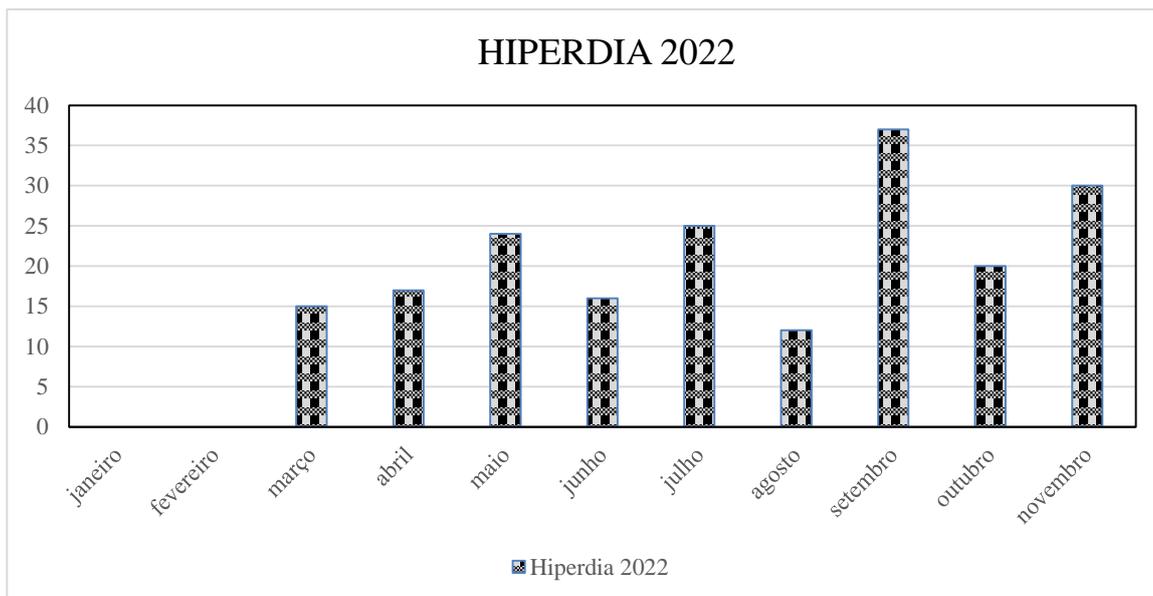


Gráfico 2: Frequência do HIPERDIA ano de 2022 pós pandemia. Meses de janeiro e fevereiro de 2022, sem dados por conta da pandemia e a suspensão dos grupos.

Sobre os números, observou-se a média de 19,8 pessoas dos anos de 2019/2020 e de 21,77 pessoas em 2022 (Gráfico 3). Ao comparar esses dados verificamos equiparação entre os períodos abordados e percepção de continuidade do cuidado junto aos pacientes desse território.

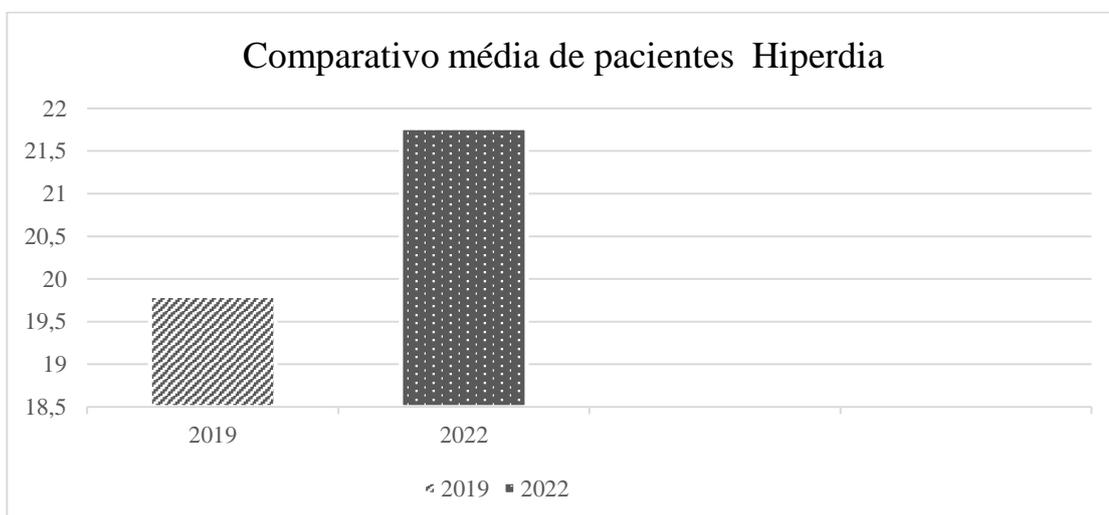


Gráfico 3: Comparativo de média de pacientes HIPERDIA ano de 2019 e 2022.

Na figura 3, temos a linha do tempo referente a execução do grupo Hiperdia da equipe Antônio João Escobar, desde a abertura da unidade até o presente momento.

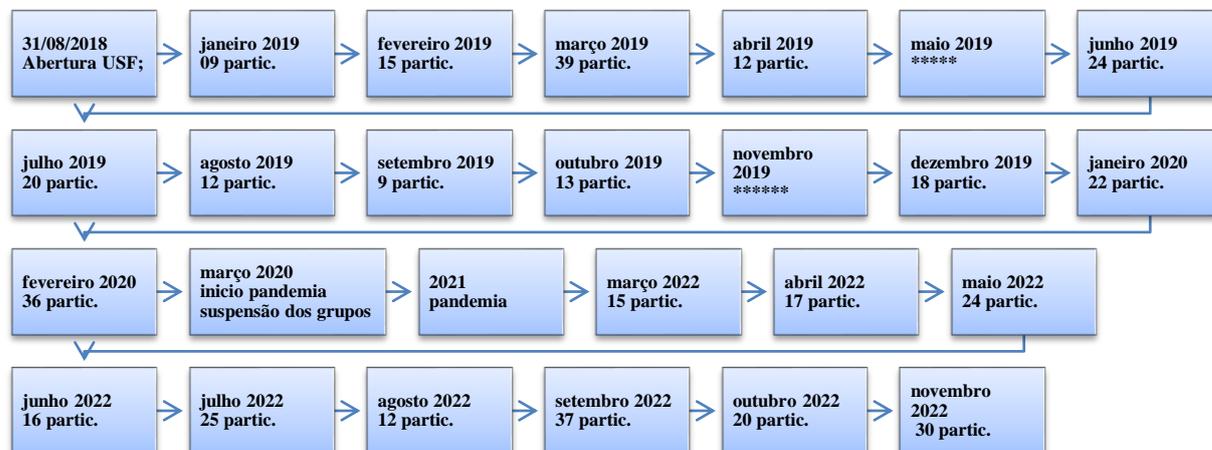


Figura 3: linha do tempo Hiperdia

Os agentes comunitários de saúde referem os relatos que recebem em cada visita. Os elogios recebidos durante visita domiciliar são inúmeros *“olha, fui ao Hiperdia e lá mesmo realizou a minha troca da receita, avaliou o meu pé e já me encaminhou pra consulta com hora marcada na unidade, e eu nem precisei ficar esperando, além da enfermeira ter falado de forma que eu consegui entender”*. Esse relato é um dos reflexos de que as ações realizadas foram pertinentes e contribuem para o aumento significativo de retorno dos pacientes ao grupo.

As intervenções realizadas se mostraram benéficas, sendo parabenizadas por profissionais inseridos na Equipe: *“Agradeço ao empenho de todos os membros da equipe. Tivemos um bom resultado e uma boa adesão, isso é reflexo do nosso trabalho em equipe”*. Cita um profissional.

Na Figura 4, é possível observar os participantes do grupo HIPERDIA no mês de novembro de 2022, comprovando a melhoria e adesão dos pacientes ao grupo.



Figura 4: Encontro Grupo HIPERDIA novembro de 2022

Portanto, ao trabalhar com profissionalismo e focado nos resultados que se espera alcançar, com foco nos índices de adesão dos pacientes ao retorno das atividades de HIPERDIA, o esforço da equipe foi essencial. Outros membros da equipe descrevem *“os pacientes estão gostando de como está acontecendo o Hiperdia, atentos as datas, pois assim, já sabem o dia que acontece o grupo”*.

Sendo assim, verifica-se que as intervenções e estratégias traçadas foram realizadas e atingiram o objetivo, proporcionando o retorno da adesão da população ao grupo de HIPERDIA da equipe Antônio João Escobar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar esse estudo foi possível identificar a importância da realização dos grupos dentro da unidade e o quanto o trabalho em equipe é essencial para o bom funcionamento e alcance dos resultados esperados.

Os hipertensos e diabéticos sempre são motivos de preocupação a saúde, pois o seu descontrole pode acarretar inúmeros prejuízos a pessoa que convive com HA e DIA. Dessa forma, o grupo HIPERDIA vem como um auxiliar no controle dos índices pressóricos e da glicemia. Nos encontros o paciente pode tirar suas dúvidas, receber orientação e acima de tudo formar um vínculo mais próximo com a equipe de estratégia de saúde da família de seu território.

Durante a pandemia de coronavírus esses encontros foram temporariamente suspensos, e tornando a preocupação dos profissionais e pacientes quanto ao retorno de maneira palpável. Ao desenvolver as estratégias junto a equipe, conseguiu-se o retorno das atividades e melhora da qualidade do atendimento prestado.

Portanto, conclui-se que ao desenvolver ações e estratégias com um foco específico e envolvendo os demais profissionais, consegue-se atingir o resultado esperado. Nas ações desenvolvidas foi incentivada a participação dos profissionais da equipe, de maneira que mesmo com encerramento da especialização, outros pudessem continuar praticando as estratégias com o grupo.

REFERÊNCIAS

AMADO, Verônica Spani; LAGO, Vivian Miranda. **Avaliação do perfil clínico de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrados no Programa Nacional de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA)**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 1-9, 23 fev. 2021. Revista Eletronica Acervo Saude. <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e5571.2021>.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família**. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vgK3yjGm6fBBxnXj6XZHzzq/?lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2022.

AZEVEDO, Suely Lopes de; OLIVEIRA, Aline Silva da F. S. R. de; PARENTE, Julianada Silva; CUNHA, Maria Amália de Lima Cury; MOURA, Maria Lucia Costa de; LIMA, Ana Luisa de Oliveira; PORTO, Isaura Setenta; LIMA, Vinicius Fonseca de. **A tecnologia de informação e comunicação em saúde: vivências e práticas educativas no programa hiperdia / the technology and communication in health. Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 29468-29483, 2021. Brazilian Journal of Development. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n3-591>.

BARROSO Et. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. Sociedade Brasileira de Cardiologia, [s. l], v. 1, n. 1, p. 1-143, jan. 2020. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x27815.pdf. Acesso em: 22 jun. 2022.

Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658

COFEN. **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: diabetes mellitus**. Brasília: Cofen, 2012. 21 p. Disponível em: <https://coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2012/03/Protocolo%20de%20Fluxo%20para%20Diabetes.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2022.

CORTEZ, Daniel Nogueira; REIS, Lka Afonso; SOUZA, Débora Aparecida Silva; MACEDO, Maísa Mara Lopes; TORRES, Heloisa de Carvalho. **Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária**. Acta Paul Enferm, [s. l], v. 3, n. 28, p. 250-255, jan. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/5L8nJ63KVznYB8M39ST7kBs/abstract/?lang=en>. Acesso em: 04 jul. 2022.

COSTA, Simone de Melo; ARAÚJO, Flávia Ferreira; MARTINS, Laiara Versiani; NOBRE, Livia Lícia Rafael; ARAÚJO, Fabrícia Magalhães; RODRIGUES, Carlos Alberto Quintão. **Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, [s. l], n. 18, p. 2147-2156, jan. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n7/2147-2156/>. Acesso em: 17 nov. 2022.

DANTAS, Tatiana Rodrigues da Silva. **Grupos de hipertensos como estratégia para estimular a adesão ao tratamento não medicamentoso entre servidores do Tribunal de Contas do Estado da Paraíba.** 2016. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/172128>. Acesso em 17 jan. 2023.

DIABETES, Sociedade Brasileira de. **DIRETRIZES Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.** Brasília: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019. 491 p. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2022.

DUARTE, Otávio de Oliveira; FARIA, Wellington Rangel de Castro; PINTO, Flavio Mendonça; SILVA, Vanessa Yuri Nakaoka Elias da; KASHIWABARA, Tatiliana G. Bacelar. **Tratamento ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica – revisão de literatura.** Revista Uningá Review, [s. l], v. 17, n. 2, p. 22-29, 10 mar. 2014. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1492/1107>. Acesso em: 17 jan. 2023.

FERREIRA, Bruna Carolina. OLIVEIRA, Carla Miguel de. SALLES, Bruno Cesar Correa. **Diabetes Mellitus e suas complicações crônicas: revisão de literatura.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 06, Ed. 06, Vol. 11, pp. 24-42. junho de 2021. ISSN: 2448-0959, Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/complicacoes-cronicas>. Acesso em 04 de jul. 2022

FONSECA, Kathlem Pereira; RACHED, Chennyfer Dobbins Abi. **Complicações do diabetes mellitus.** International Journal Of Health Management Review, [s. l], v. 5, n. 1, p. 1-13, jan. 2019. Disponível em: <https://www.ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/149>. Acesso em: 05 jul. 2022.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática.** Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p.

GUSMAI, Luana de Fátima; NOVATO, Tatiana de Sá; NOGUEIRA, Lilia de Souza. **The influence of quality of life in treatment adherence of diabetic patients: a systematic review.** Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [S.L.], v. 49, n. 5, p. 839-846, out. 2015. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000500839&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 jul. 2022.

LYRA, Ruy; OLIVEIRA, Mônica; LINS, Daniel; CAVALCANTI, Ney. **Prevenção do diabetes mellitus tipo 2.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, [S.L.], v. 50, n. 2, p. 239-249, abr. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/yjg8YbM6k8KhCB6BWFQCBGy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 jul. 2022.

MALACHIAS, M. V. B. et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 2- Diagnóstico e Classificação.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 107, n. 3, p. 7-13, 2016.

MCLELLAN, Kátia Cristina Portero; BARBALHO, Sandra Maria; CATTALINI, Marino; LERARIO, Antonio Carlos. **Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e**

modificação no estilo de vida. Revista de Nutrição, [S.L.], v. 20, n. 5, p. 515-524, out. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/ML9Qxf4DSBJPMLnn5pWT3Fd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2022.

MEINERS, Micheline Marie Milward de Azevedo; TAVARES, Noemia Urruth Leão; GUIMARÃES, Luciano Santos Pinto; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; PIZZOL, Tatiane da Silva dal; LUIZA, Vera Lucia; MENGUE, Sotero Serrate; MERCHAN-HAMANN, Edgar. **Acesso e adesão a medicamentos entre pessoas com diabetes no Brasil: evidências da pnaum.** Revista Brasileira de Epidemiologia, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 445-459, jul. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/gjRBy6Q3mX6rnSK8frkTJbv/?lang=en>. Acesso em: 05 jul. 2022.

MOREIRA, Humberto Graner; SETTE, Jorge Bezerra Cavalcanti; KEIRALLA, Luisa Carolina Borges; ALVES, Silvana Gomes; PIMENTA, Eduardo; SOUSA, Marcio de; CORDEIRO, Antonio; PASSARELLI JUNIOR, Oswaldo; BORELLI, Flávio A. O.; AMODEO, Celso. **Diabetes mellitus, hipertensão arterial e doença renal crônica: estratégias terapêuticas e suas limitações.** Rev Bras Hipertens, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 111-118, jan. 2008. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-2/17-diabetes.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2022.

OLIVEIRA, Carlos Aparecido de; PALHA, Pedro Fredemir. SISTEMA DE INFORMAÇÕES HIPERDIA, 2002–2004, **Adequação das informações.** Cogitare enfermagem, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 395-402, 9 dez. 2008. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/12992>. Acesso em: 05 jun. 2022.

PEREIRA, Tiago Spirrizzi. **Contribuições do hiperdia no controle dos pacientes hipertensos.** 2013. 47 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/5037/1/4131.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2022.

PORTARIA N° 371, DE 04 DE MARÇO DE 2002(*). . BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 06 mar. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html. Acesso em: 07 jun. 2022.

RANG, H.P; DALE, M.M. Farmacologia Clínica. Editora Elsevier, 8ª edição, 2016. Fuchs, F.D.; Wannmacher, L. Editora Guanabara Koogan, 4ª edição, 2010

RIBEIRO, Giulia Magalhães Mendonça Reis; SILVA, João Victor Lima da; SANCHEZ, Maritza Consuelo Ortiz; MORAES, Érica Brandão de; VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti. **O processo de trabalho gerencial do enfermeiro no setor de hiperdia na atenção básica.** Enfermagem em foco, [s. l.], v. 3, n. 11, p. 93-97, 31 jul. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3350/894>. Acesso em: 06 jun. 2022.

ROCHA, Luana da Silva; OLIVEIRA, Caliandra Souza Santos de; ALMEIDA, Lorena Piantavinha Portela. **Avaliação do programa hiperdia pelos profissionais de saúde.** Saúde.Com, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 2051-2060, 10 maio 2021. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/7990/5744>. Acesso em: 07 jun. 2022.

RODAKI, Melanie; TELES, Milena; GABBAY, Monica; MONTENEGRO, Renan; BERTOLUCI, Marcello. **Classificação do diabetes**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, [S.L.], p. 0-0, 2022. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/>. Acesso em: 05 jul. 2022.

RODRIGUES, Débora Batista; PIRES, Maria Aparecida; ROSA, Maria Catarina da; COELHO, Maria Seloí; CRIPPA, Silvana Helena de Oliveira. **Linha de cuidado à pessoa com diabetes mellitus**. Santa Catarina: Apoio Núcleo Telessaúde Sc, 2018. 52 p. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/14794-anexo-deliberacao-330-2018..> Acesso em: 01 jul. 2022.

SANTOS, Sabrina Alves de Lucena; WANDERLEY, Dayanne Barbosa; SILVINO, Dellis Maia; FRANCELINO, Josefa Ylana Florentino; NUNES, Rosa Martha Ventura. **A importância do hiperdia na atenção básica**. Vi congreffip, [s. l], v. 1, n. 1, p. 1-3, jan. 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/27710>. Acesso em: 06 jun. 2022.

SANTOS, Geovani Cleyson dos; SILVA, Simone Albino da. **Promovendo à saúde na pandemia no uso de mídias sociais relato de experiência**. Acinnet Journal, [s. l], v. 7, n. 1, p. 140-150, 11 nov. 2021. Disponível em: <https://periodicos.unis.edu.br/index.php/acinnet/article/view/633>. Acesso em: 17 jan. 2023.

SANTOS, Rafael Rocha dos; LIMA, Eliane de Fátima Almeida; FREITAS, Paula de Souza Silva; GALAVOTE, Heletícia Scabelo; ROCHA, Erika Maria Sampaio; LIMA, Rita de Cássia Duarte. **A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde**. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, [s. l], v. 18, n. 1, p. 130-139, 03 mar. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/15144>. Acesso em: 17 jan. 2023.

SAUDE, Ministério da. **HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. 2022. DATASUS. Disponível em: <http://siab.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060304>. Acesso em: 07 jun. 2022.

SAUDE, Ministério da. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial sistêmica**: cadernos de atenção básica, nº 37. Brasília: Editora Ms, 2013. 130 p.

SAUDE, Ministério da. **Linha de cuidado do adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Editora Ms, 2021. 87 p. EDIÇÃO PRELIMINAR - ELETRONICA. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertensao_arterial.pdf. Acesso em: 22 jun. 2022.

SAUDE, Ministério da. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus**: cadernos de atenção básica, nº 36. Brasília: Editora Ms, 2013. 162 p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxMw==>. Acesso em: 02 jul. 2022.

SAUER, Aimée Bianchessi; NILSON, Luana Gabriele; DOLNY, Luise Ludke; MAEYAMA, Marcos Aurélio. **Trabalho com grupos na atenção básica à saúde**. Florianópolis: Ufsc,

2018. Disponível em:

https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/14865/1/Apostila_Grupos%20na%20ABS_N%C3%BAcleo%20Telessa%C3%BAde%20SC%20UFSC.pdf. Acesso em: 17 nov. 2022.

SCHMIDT, G.A., R. RUEDY, R.L. MILLER, AND A.A. LACIS. **The attribution of the present-day total greenhouse effect**. J. Geophys. Res., v. 115, n. 1, 2010, p. 6.

SILVA, Ana Roberta Vilarouca da; MACÊDO, Suyanne Freire de; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. **Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: revisão bibliográfica**. Rev. Rene. Fortaleza, [s. l], v. 10, n. 3, p. 146-151, set. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027967018>. Acesso em: 04 jul. 2022

SILVA, Juliana Veiga Mottin da; MANTOVANI, Maria de Fátima; KALINKE, Luciana Puchalski; ULBRICH, Elis Martins. **Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários**. Revista Brasileira de Enfermagem, [S.L.], v. 68, n. 4, p. 626-632, ago. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/htLvbQCHdVdWJrwnYBgyGVm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jun. 2022.

SILVA, Windson. **Atividade Física e Fatores Associados em Usuários do Programa Hiperdia de uma Unidade de Saúde da Família do Recife**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 385-392, 30 out. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/12488/7880>. Acesso em: 07 jun. 2022.

SILVA, Telma Terezinha Ribeiro de. **Considerações sobre os aspectos relacionados à promoção a saúde e bem-estar no local de trabalho nos últimos 20 anos**. Capítulo 19. p. 179-186. In: Vilarta, R, Gutierrez, G L, Monteiro, M I. (orgs.). Qualidade de vida: evolução nos conceitos e práticas no século XXI. Campinas: Ipes, 2010. Disponível em: https://fefnet170.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/evolucao_cap19.pdf. Acesso em: 07 jun. 2022.

VALLE, Waleska Alves de Castro; SILVA, Camilla Santos da; BRAGA, André Luiz de Souza; ROSAS, Ann Mary Machado Tinoco Feitosa. **Hiperdia, Sistema de Informação em Saúde, produção de conhecimento para melhoria da prática de enfermagem na Atenção Básica**. Portal Atlantica Editora, [s. l], v. 2, n. 10, p. 119, abr. 2011. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3849/5849>. Acesso em: 07 jun. 2022.

VALDEZ, Patricia. **3º Seminário de Gestão Accountability**, 2022, Distrito Lagoa, UfBenedito Martins Gonçalves – Oliveira, In: 3 Seminário accountability, 2022, p. 01-19

ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU

0037/2022



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Lidiane Mara da Silva Andrade, inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 01505240131, portador (a) do documento de Identidade sob n°. 1477294 SEJUSP/MS, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Rua Santos Dumont, Nº 888, Bairro: Planalto, nesta Capital, telefone n°. 69999313987, pesquisador (a) do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Instituição SESAU/Fiocruz com o título do Projeto de Pesquisa: "**Estratégias de Reinserção de Usuários ao Grupo de Hipertensão Após Pandemia da COVID-19 em uma Equipe de Saúde da Família**", orientado (a) pela Professor (a) Preceptor Residência Multiprofissional em Saúde da Família inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 03080923170, portador (a) do documento de Identidade sob n°. 1617792 SSPMS, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Rua Verdum, Nº. 184, Bairro: Vila Nasser, nesta cidade, telefone n°. 67 992818343, professor (a) e pesquisador (a) do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Instituição SESAU/Fiocruz.

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 28 de Julho de 2022.

Pesquisador (a)

Orientador(a)

Manoel Roberto dos Santos
Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU



0037/2022

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS.

COMPETÊNCIAS:

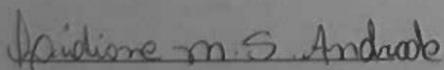
PESQUISADOR:

- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual –EPI, bem como correta identificação através de crachás.

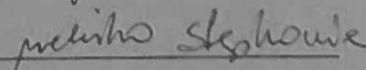
SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

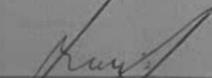
Campo Grande - MS, 28 de Julho de 2022.



Pesquisador (a)



Orientador(a)


Manoel Roberto dos Santos

Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU