



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Marli Arabori

Implantação do Hiperdia na Unidade Básica de Saúde  
do Jardim Ideal em Londrina - PR.

Florianópolis, Abril de 2017



Marli Arabori

Implantação do Hiperdia na Unidade Básica de Saúde do Jardim  
Ideal em Londrina - PR.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Julia Estela Willrich Boell  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017



Marli Arabori

Implantação do Hiperdia na Unidade Básica de Saúde do Jardim  
Ideal em Londrina - PR.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Julia Estela Willrich Boell**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017



# Resumo

**Introdução:** As doenças crônicas degenerativas são sabidamente o mal predominante em pacientes idosos, a Unidade Básica de Saúde do Jardim Ideal tem alta prevalência de população idosa, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus as principais causas de procura por atendimento. Apesar do constante avanço da medicina e das múltiplas medicações existentes para combater essas patologias, o conhecimento da população sobre as doenças e suas complicações ainda é o principal entrave para o seu controle adequado. Infelizmente a falta de informações é causa da falta de segmento e tratamento medicamentoso e não medicamentoso da maior parcela de pacientes descompensados. Em 2016 ainda tivemos um grande número de pacientes encaminhados a serviço de urgência por complicações cardiovasculares graves. **Objetivo:** Contribuir para a melhora do controle pressórico e glicêmico de pacientes hipertensos e diabéticos, diminuir o número de complicações decorrentes do controle inadequado, criar o grupo Hiperdia na unidade de saúde. **Metodologia:** Reuniões semanais serão a base da capacitação da equipe, envolvendo todos os profissionais da unidade, a capacitação termina com o primeiro dia do programa implantado. **Resultados esperados:** Ao final de um período determinado, avaliaremos os pacientes, afim de quantificar o número de patologias sob controle adequado e a queda da morbimortalidade a longo prazo.

**Palavras-chave:** Capacitação, Hiperdia, Diabetes Mellitus, Hipertensão arterial, Complicações Cardiovasculares



# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	9
2	<b>OBJETIVOS</b>	15
2.1	Objetivo geral	15
2.2	Objetivos específicos	15
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	17
4	<b>METODOLOGIA</b>	21
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	23
	<b>REFERÊNCIAS</b>	25



# 1 Introdução

O reconhecimento do território no qual o profissional de saúde está inserido, é fundamental para o planejamento de suas ações e da equipe. Dessa maneira é possível identificar os principais problemas de saúde local e focalizar ações preventivas e de tratamento em busca de melhores condições de saúde da população assistida.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) da qual faço parte situa-se no município de Londrina-PR, na zona leste da cidade, localizada no Bairro Jardim Ideal e atende uma população de 4.050 pessoas. É uma unidade nova, completou 10 anos no final de 2015.

Essa comunidade surgiu com o crescimento da cidade de Londrina, por volta da década de 60, quando foram crescendo mais bairros pouco afastados do centro, para população de menor renda. Londrina foi construída a partir de lotes de terras vendidos a preços acessíveis por uma companhia inglesa no final da década de 30 e início da década de 40. Inicialmente o crescimento se deu por lotes pequenos de terra para o plantio de café, logo depois foi fundada a cidade, baseada no comércio para atender a essa população rural, cujo nome homenageia a companhia inglesa, Londrina "a pequena Londres". Desde então a cidade expandiu baseando sua economia neste comércio e posteriormente com algumas indústrias. Já nosso bairro surgiu cerca de 30 anos depois da fundação da cidade, com uma população de proletariado, empregados no comércio forte do centro da cidade. No início era difícil a locomoção, a população utilizava o transporte público do bairro vizinho, e, ainda hoje, existem apenas uma de ônibus coletivo que atendem o território. A economia ainda baseia-se em mão-de-obra, empregados em outros bairros e aposentados

A área de abrangência da UBS é predominantemente composta de população idosa, o bairro no geral é de classe média e baixa, porém com uma divisão territorial uma comunidade com população em condição de pobreza e pobreza extrema, retirados dessa faixa pelo Programa Bolsa Família.

A renda familiar local é predominantemente baixa, ao todo são 66 famílias inclusas no programa bolsa família, sendo este o único programa social para renda utilizado pela população local.

A população é dividida quase equitativamente entre homens e mulheres, com um discreto predomínio da população feminina. Cerca de 1.900 homens e 2.140 mulheres. Infelizmente nem toda a população adscrita encontra-se cadastrada (os dados vêm sendo incorporados aos poucos), e os últimos dados encontrados na Secretaria de Saúde do Município em relação a divisão da população segundo a faixa etária referem-se ao ano de 2010, segundo o IBGE ([LONDRINA, 2017](#)).

De acordo com esses dados a população com menos de 20 anos equivalia a 1.128 habitantes, entre 20 e 59 anos correspondia a 2.263 e acima de 60 anos totalizava 428 habitantes, dessa maneira é possível ver que o número total de habitantes era menor e

que a população adscrita aumentou.

A saúde vêm passando por uma série de transformações nesse período: a Unidade Básica de Saúde é recente, acaba de completar 10 anos, dessa maneira há pouco tempo a população vêm sendo assistida localmente de maneira integral. Só existe esta unidade de saúde neste bairro. Ela é pequena, organizada e os atendimentos são feitos através do agendamento de consultas, bem como vagas para a semana disponíveis e vagas de urgência. Esta é responsável pelo acolhimento e atendimento integral do usuário, bem como o encaminhamento para ambulatórios de especialidades e centros de referência dos casos de maior necessidade, através do SAMU ou de locomoção própria do usuário, para o Pronto Atendimento Médico da cidade ou hospitais de referência para internamento ou realização de exames necessários e que não estão disponíveis na unidade. Dessa maneira a assistência social acaba sendo vinculada ao posto de saúde que é o primeiro a ter acesso aos problemas sociais da população e seus anseios.

A predominância da população idosa reflete também no tipo de procura pela unidade, sendo as principais causas as doenças crônicas e degenerativas. A prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica corresponde a 18% da população (equivalente a cerca de 727,2 casos) e a de Diabetes Mellitus a 5,1% (206,04 casos). Estes pacientes encontram-se em acompanhamento na Unidade para controle de seus índices pressóricos e glicêmicos, controle dos níveis lipêmicos e de demais fatores de risco para complicações, bem como orientações quanto a prática de atividade física regular e o controle alimentar, sendo feita busca ativa dos pacientes que não frequentam a Unidade. Dessa maneira, tenta-se abranger o atendimento de todos os pacientes hipertensos e diabéticos, doenças prevalentes na população assistida. O acompanhamento sempre foi feito através de consultas agendadas de rotina e busca ativa de casos, assim falta no local a criação de grupos de hipertensos e diabéticos para discussão de suas patologias, bem como a apresentação de palestras para a comunidade.

A população, em sua maioria, tem procurado espontaneamente a unidade para orientações e atendimento. Em 2015 as cinco queixas mais comuns foram por ordem decrescente: acompanhamento de Hipertensão Arterial Sistêmica, acompanhamento de Diabetes Mellitus, lombalgias, realização de exames de rotina para prevenção e quadros de infecções respiratórias, que permaneceram no ano de 2016. Os atendimentos são agendados conforme procura espontânea, prioridades, vagas da semana e vagas de urgência. As consultas são agendadas com antecedência, porém todos os dias há vagas disponíveis para "urgências do dia" e vagas para a semana dos casos menos urgentes. Caso não haja vaga disponível, o paciente é acolhido na unidade, feito a triagem e de acordo com a necessidade e urgência encaminhado para o Pronto Atendimento local por meios próprios de locomoção ou através do SAMU. Além dos atendimentos, a coleta de exames laboratoriais é realizada semanalmente na Unidade, o médico fica responsável por agendar a data de coleta dos exames segundo a prioridade e outras vagas ficam por responsabilidade da equipe

de enfermagem. Não há dias exclusivos para hipertensos e diabéticos, eles são atendidos conforme agendamento junto aos pacientes com outras queixas.

Dessa maneira, o cenário atual nos mostra que as principais causas de óbitos no território adscrito, coincidem com o que ocorre na maior parte do país: hoje predominam-se os óbitos por doenças cardiovasculares. As cinco principais causas de mortes dos residentes do bairro em 2015 e 2016 foram em ordem decrescente: doenças cardiovasculares (Infarto Agudo do Miocárdio), Senilidade, Câncer, Acidente Vascular Encefálico Isquêmico, complicações decorrentes de doenças crônicas. Por outro lado, as principais causas de internações hospitalares nos idosos foram: Pneumonia, Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico, complicações devido câncer e quedas.

Como elucidado acima, o cenário atual corresponde ao que ocorre de maneira geral no país, visto que hoje a principal causa de óbitos é decorrente de Doenças Cardiovasculares e não mais infecto contagiosas. Graças aos avanços da Epidemiologia é possível estabelecer os principais fatores de risco, as doenças que mais afligem a população, podendo criar metas e melhorar a prevenção e o acompanhamento destes pacientes.

Pelo fato de abranger uma população em sua maior parte composta por idosos, pode-se dizer que é um bairro tranquilo, com baixíssimo índice de violência e uso de drogas ilícitas. Assim, os maiores problemas e dificuldades enfrentados pela equipe de saúde referem-se as doenças crônicas degenerativas ( Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Insuficiência Cardíaca, sequelas de Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Encefálico ), doenças osteomusculares ( Osteoartrose, Artrite Reumatóide, Bursite, Tendinite, Lesão de Esforço Repetitivo e Lombalgia ) e infecções respiratórias ( Resfriado Comum, Gripe e Pneumonia ).

Através de uma análise direta no perfil da população adscrita, bem como análise dos números coletados pelos agentes comunitários de saúde, discussão com a equipe e com a comunidade, foi possível estabelecer as principais prioridades para os problemas elucidados acima, dando destaque ao controle pressórico e glicêmico dos pacientes. Infelizmente o número de pacientes atendidos na unidade com descontrole ainda era grande e dessa maneira medidas precisam ser tomadas com urgência para diminuir os riscos de complicações cardiovasculares. Assim, foi estabelecido que o **Projeto de Intervenção** será a inclusão do **HIPERDIA** (Grupo para Hipertensos e Diabéticos) na unidade de saúde com o objetivo de ampliar a informação da população sobre a sua doença de base, melhorando sua qualidade de vida.

Esta temática foi escolhida por envolver as duas patologias de maior prevalência na Unidade de Saúde (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus), vindo ao encontro dos interesses da comunidade adscrita, bem como sendo possível de ser realizado no local de atuação pelos profissionais atuantes, sem maiores custos, com baixa densidade e alta complexidade, garantindo melhor controle metabólico dos pacientes.

Acredita-se que o maior problema identificado decorra da falta de informação da po-

pulação. Por ser uma população basicamente idosa, muitos tem dificuldade de acesso a informação sobre as doenças crônicas degenerativas, a importância do uso correto de medicações associado a prática de atividade física e principalmente de quais são os fatores de risco para as doenças e como pode-se controlá-los. Sendo esta a primeira prioridade, seria possível diminuir o número de pacientes dislipidêmicos, hipertensos e portadores de diabetes, bem como seu melhor controle metabólico através de melhor orientação. Quando o paciente conhece a sua doença, seus fatores de risco, suas consequências se não for bem controlada e a maneira como atingir melhor controle, a sua qualidade de vida melhora muito, dessa maneira é possível diminuir o número de consultas por pacientes descontrolados, de encaminhamentos para hospital secundário e terciário, bem como o índice de complicações.

Em seguida, analisa-se como prioridade o melhor controle de pacientes hipertensos e diabéticos. De acordo com informações coletadas do banco de dados da UBS, estas causas sem dúvida englobam o maior número de consultas na unidade. Partindo da primeira prioridade, seria possível diminuir fatores de risco modificáveis o que levaria ao menor índice de pessoas com HAS e DM. Infelizmente o número de pacientes descontrolados ainda é alto e o principal fator é a sua falta de conscientização. Muitas vezes o paciente hipertenso vê sua doença como algo "curável" e que após controle medicamentoso é possível abandonar o tratamento, dessa maneira, semanas ou meses depois, o mesmo retorna a unidade com descontrole ou é levado ao Pronto Atendimento Médico ou Hospitais apresentando complicações, principalmente Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Encefálico. Outro fator de risco modificável englobaria a importância de uma reeducação alimentar incluindo dieta hipossódica (infelizmente muitos não a levam em consideração). A adesão regular ao tratamento também funciona como fator fundamental. Muitas vezes o paciente não cessa por completo o uso da medicação, porém seu uso é feito de maneira errônea, diminuindo "por conta" o número de comprimidos tomados ao dia ou usando em dias alternados. Completando esse esquema, a prática de atividade física regular se enquadra também no bom controle. É importante a orientação sobre sua importância e frequência durante a semana.

O mesmo ocorre com o paciente diabético. A falta de adesão ao tratamento, como citado acima, e a falta de controle alimentar funcionam como os fatores de risco mais encontrados na unidade. O paciente muitas vezes não usa o hipoglicemiante oral ou a insulina de maneira correta, e quando usa não controla sua alimentação (muitas vezes por não saber a importância e quais são os alimentos permitidos e sua quantidade). É nesse ponto que entra como fundamental importância toda a colaboração da equipe, incluindo a Nutrição. Além disso, mais uma vez é fundamental a orientação quanto a prática de atividade física regular para otimizar o controle glicêmico. Com melhor controle, mais uma vez seria possível diminuir suas principais consequências como Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico e amputações decorrentes do mal controle. Assim,

---

é possível notar que a "simples" criação do grupo **HIPERDIA**, culminará com uma série de pontos positivos para toda a população.

Estudo aponta que a estratégia de educação em saúde, proporcionada pela participação em grupos, pode ser uma forma de aumentar o conhecimento da pessoa sobre sua doença, além de promover melhora na adesão ao tratamento, contribuindo também para maior aproximação entre o profissional e o paciente (BRAZ; SANTOS; PIVETTA, 2014). Com relação a importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família, estudo realizado em Pernambuco, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético mostrou que os participantes apresentaram melhora na qualidade de vida após a participação no grupo, sendo que 92,31% referiu que o Programa Hiperdia contribui para a adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012).

Diante do exposto, é evidente a relevância deste projeto de intervenção, proporcionando assim a população, melhoria na qualidade de vida.

O tema foi escolhido após discussão com toda a Equipe de Saúde da unidade, e é de extrema importância para a minha formação profissional, pois permite maior proximidade e contato com os pacientes e o reconhecimento das suas dificuldades com a doença. Acredito que essa maneira desperta maior interesse em estudar a patologia e criar estratégias para melhorar a qualidade de vida do paciente atendido. Assim, a equipe também se tornará mais motivada para conseguir alcançar metas, melhorar o controle pressórico e glicêmico dos pacientes, diminuir o número de encaminhamentos, tornar-se mais resolutiva e trazer bons resultados a sua população adscrita.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Contribuir para a melhora do controle pressórico e glicêmico de pacientes hipertensos e diabéticos na UBS Jardim Ideal.

### 2.2 Objetivos específicos

- Capacitar os profissionais de saúde local para melhorar o acolhimento e a orientação dos pacientes;
- Criar o Grupo para Hipertensos e Diabéticos - HIPERDIA na UBS Jardim Ideal;
- Conscientizar os pacientes em todas as abordagens desde em casa até dentro do consultório sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso ao não medicamentoso;
- Diminuir o número de complicações cardiovasculares em pacientes hipertensos e diabéticos.



## 3 Revisão da Literatura

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma moléstia multifatorial caracterizada por elevação dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou  $\geq 90$  mmHg. Com frequência se associa a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de fatores de risco, tais como a dislipidemia, obesidade com aumento da circunferência abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus. Aumenta o risco de eventos vasculares súbitos como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e morte súbita e doenças crônicas como insuficiência cardíaca, renal, e arterial periférica (BRASIL, 2006).

No Brasil, HAS predomina em 32,5% dos adultos (36 milhões) e mais de 60% dos idosos, estando associada direta ou indiretamente com cerca de 50% das mortes por doenças cardiovasculares (CARDIOLOGIA, 2016).

O tratamento da HAS é realizado através de uso de medicações e mudança de hábitos de vida. No tratamento não medicamentosos incluem-se às medidas nutricionais com redução da ingestão de sódio, o aumento do consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura; ao controle do peso mantendo IMC (BEZERRA, 2014).

A característica assintomática da HAS e a sua cronicidade são fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento. Além disso, se relacionam a falta de adesão aspectos demográficos (sexo, idade, nível de escolaridade), as questões financeiras, a quantidade de medicamentos prescritos, a realização do esquema terapêutico, além dos efeitos adversos e da garantia de acesso ao sistema de saúde. Outra questão envolvida é a relação entre o profissional e o paciente. Deve-se considerar a vontade do indivíduo em participar e colaborar no tratamento, bem como o comportamento, seus sentimentos e posicionamentos, efeitos psicológicos relacionados ao processo de adoecer e conviver com a doença (GIROTTO; ANDRADE, 2011).

Em estudo conduzido em uma Unidade de Saúde da Família, que analisou a importância do programa Hiperdia 89,23% relataram que houve melhora na qualidade de vida após o acompanhamento e 92,31% referem que o Programa Hiperdia contribui para a adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. Diante do exposto, é evidente a importância deste, no acompanhamento em Unidades Ambulatoriais, oferecendo assim a população, uma melhoria na qualidade de vida. O controle da pressão arterial nos pacientes que comparecem ao Hiperdia é muito mais frequente que em relatos de outros modelos de atenção à saúde (LIMA, 2012)

A evolução de uma hipertensão arterial (HA) descontrolada resulta em um conjunto de doenças crônicas degenerativas com grande morbimortalidade, insuficiência cardíaca, renal, retinopatia, insuficiência arterial periférica, coronariopatia isquêmica e acidente vascular cerebral. Por esse conjunto de graves comorbidades a hipertensão arterial acaba sendo responsável por um ônus social e econômico ao setor de saúde, repercutindo sobre a

população acometida e seus familiares. Seu impacto completo mede-se por meio de metodologias complexas de múltiplas fontes de informação. No descontrole dessa patologia há registros de custos hospitalares dos eventos agudos da própria HAS não controlada. Efeitos negativos sobre o descontrole decorrem não somente da não-adesão ao tratamento, mas também do subtratamento com inúmeros fatores causais, a inadequação da medicação, a dificuldade do acesso ao sistema de saúde, a quantidade de drogas prescritas, o número de tomadas diárias, os efeitos adversos a resistência ao tratamento, a indisponibilidade do medicamento na rede pública (LESSA, 2006).

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro tem investido no fortalecimento da atenção básica de saúde, através das equipes de saúde da família, pois acredita-se que somente agindo diretamente na prevenção é que será possível diminuir a incidência de hipertensos e diabéticos e suas complicações. Assim, entre os objetivos principais, está a garantia de acompanhamento sistemático dos pacientes portadores de doenças crônicas (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus), visto que essas enfermidades impactam diretamente na morbimortalidade da população e onera o sistema de saúde com suporte avançado para suas complicações. Para que isso se concretize, é fundamental que ocorra constante atualização dos profissionais da equipe de saúde da família através da Educação Permanente em Saúde - EPS afim de superar as deformações e deficiências na formação dos trabalhadores da saúde. Somente com uma equipe capacitada, integrada e orientada será possível acolher o indivíduo, instituir seu tratamento e garantir seu seguimento adequado.

A Educação Permanente em Saúde, consiste em uma atividade educativa de caráter contínuo, partindo da reflexão crítica sobre os problemas referentes à qualidade da assistência encontrados no local, assegurando a participação coletiva de toda a equipe de saúde para que se construa novos conhecimentos e ocorra troca de vivências entre os profissionais atuantes no local. Por meio de discussões entre a equipe, serão elencados os principais problemas prevalentes e estabelecidas ações educativas a serem modificadas para a melhor prática dos profissionais de saúde, tornando-os mais preparados para o acolhimento e seguimento dos usuários, para que os mesmos possam refletir sobre sua doença e manter o cuidado esperado, diminuindo as complicações cardiovasculares.

Para o tratamento da hipertensão e do diabetes é fundamental que o paciente seja conscientizado e abordado globalmente, não basta o controle medicamentoso, é importante que ocorra prática de atividade física regular (mínimo de 40 minutos, 3 vezes na semana), controle do peso (manutenção de medida da circunferência abdominal adequada), alimentação balanceada (dividir de maneira adequada a ingestão de carboidratos, proteínas e açúcares ao longo do dia), diminuição do consumo do sal, bem como de bebidas alcoólicas e tabagismo (BRASIL, 2011).

Os últimos estudos e análise dos perfis das equipes de saúde da família, tem demonstrado que o tratamento não medicamentoso tem sido menos seguido quando em comparação ao medicamentoso. Os pacientes tendem a adotar mudanças mais generalizadas, como

redução do consumo do sal, álcool e tabagismo, porém mantém a ingestão de alimentos inadequados e não aderem à prática de atividade física regular. É necessário informar o paciente sobre a sua doença e suas complicações evolutivas, a importância do uso correto das medicações associado ao tratamento não medicamentoso, que deve ser estimulada por todos os profissionais de saúde da equipe, incentivando o paciente a adquirir hábitos de uma vida saudável visando o aumento da adesão ao tratamento e diminuição do número de internações em serviços de atenção secundária e terciária.

Concluimos que o planejamento estratégico-situacional e a participação de todos os profissionais de saúde é o principal fator na adesão do paciente ao tratamento. Uma população bem orientada e com acesso ao cuidado multiprofissional é capaz de manter melhor controle metabólico (glicêmico e pressórico) diminuindo assim suas complicações cardiovasculares e a dependência de unidades de atendimento de maior complexidade. Firma-se mais uma vez a importância do nível primário da saúde.



## 4 Metodologia

Com o intuito de alcançar os objetivos deste projeto de intervenção iniciaremos com o treinamento dos profissionais da Equipe de Saúde da Família. Neste treinamento estarão presentes a Enfermeira, as Técnicas de Enfermagem, a Odontóloga, os Agentes Comunitários de Saúde, a Médica e em metade destas reuniões a equipe completa do NASF com Farmaceutico, Psicologo, Nutricionista, Educador Físico e Fisioterapeuta. Pretendido realizar o treinamento na propria unidade de saúde, para que todos possam participar sem prejuízo.

O treinamento está previsto para iniciar em 01 de abril de 2017, as reuniões terão duração de duas horas, conduzidas hora pela médica da equipe. Pretende-se realizar 1 encontro semanal no total de 8 encontros pré-agendados.

O envolvimento de toda equipe de maneira integral é fundamental para que cada etapa dele seja concluída. Com esse objetivo é proposto o inicio de reuniões semanais com os integrantes para sua capacitação. A abordagem dos temas deverá vir ao encontro do objetivo do projeto, devendo estipular um tempo máximo para a conclusão de toda teoria envolvida neste aprendizado de 2 meses.

Proponho que na primeira semana seja abordado o cronograma do programa e uma introdução a Hipertensão Arterial Sistêmica. Nas duas semanas seguintes deveremos aprofundar sobre a Hipertensão Arterial, suas causas, fatores de risco associadas, qual a importância de manter um controle adequado, quais doenças estaremos prevenindo, como abordar o paciente e seus familiares para que ajudem nessa batalha e como prevenir eventos agudos por ela causados.

O tema subsequente deverá ser o Diabetes Mellitus, abordando basicamente os mesmos temas da hipertensão, porém com ênfase maior na prevenção e na dieta. Para este tema tão complexo também estipulo o tempo de 2 semanas. Na quinta e sexta semanas discutiremos sobre a implantação do programa Hiperdia firmando seus objetivos já explicitados no primeiro dia, adentrando seu funcionamento, sua importância, abrindo espaço para discussões e ideias e trazendo uma enfermeira convidada de outra unidade de saúde, onde o programa já funciona com sucesso para nos passar sua experiência e seus problemas, para que nos anteciparmos principalmente no quesito assiduidade e comprometimento dos usuários. Para as últimas duas semanas faremos discussões de como abordar os pacientes e formar os grupos, elencar todos os pacientes hipertensos e diabéticos em listas, encontrar meio de convidar todos os pacientes, para que toda a comunidade esteja envolvida e que nenhum paciente seja deixado de lado.

O segundo passo após o treinamento e a exposição do programa para a equipe é a implantação do programa Hiperdia propriamente dito. Com o aval da Secretaria de Saúde Municipal devemos adquirir um local para as reuniões, a Igreja da comunidade

tem nos servido muito neste papel, todos os grupos de saúde são realizados neste espaço. Precisamos reservar o material de uso nas reuniões como Datashow e notebooks, adequar o dia para que o NASF participe em conjunto. Distribuiremos todas as medicações neste dia e local, como incentivo para o paciente participar, faremos pequenas palestras e mesa redonda para discutir assuntos pertinentes para aquela comunidade sobre os temas Hipertensão e Diabetes, liderados cada dia por um profissional diferente, nutricionista, enfermeira, educadora física, médica, farmacêutico, devemos também cadastrar todos os participantes do programa para que ao final de um ano vejamos mudanças no controle de suas patologias. No Hiperdia teremos a aferição da PA e da glicemia capilar como medidas incentivadoras das mudanças de hábito de vida, para que o paciente perceba dia-a-dia sua própria evolução. Após cada reunião discutiremos com a equipe as dificuldades enfrentadas por cada um e sua percepção de como melhorar o programa.

Como terceiro objetivo devemos firmar nosso compromisso com a comunidade e o da comunidade para com as medidas eficazes para o controle da hipertensão arterial e do diabetes. Temos que manter um estímulo contínuo sobre os pacientes, para participarem todos os meses das reuniões, levarem dúvidas de utilidade comunitária que serão esclarecidas ao final de cada palestra, contarem sobre seu relato de caso, felizes daqueles que controlaram com o aprendizado recebido e, infelizes daqueles que já tem sequelas das doenças, abrindo espaço para que eles falem estimulando também outros pacientes.

Por fim, como objetivo principal, avaliaremos ao final de um ano o controle de cada paciente. Não podemos avaliar as lesões de órgãos alvo ao final de um ano, mas podemos iniciar um banco de dados para um estudo prospectivo e talvez ao final de 10 anos poderemos comparar os pacientes acompanhados pelo programa com a população geral, medindo quais foram as incidências de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica, e doença arterial periférica de cada grupo. Fazendo relatos trimestrais de cada paciente para elencar a banco de dados, e ao final desse prazo servir de exemplo para outras comunidades de todo o mundo.

## 5 Resultados Esperados

Após a implantação do Projeto de Intervenção, é esperado que os principais objetivos sejam alcançados, o principal deles visa diminuir as complicações cardiovasculares nos pacientes hipertensos e diabéticos da unidade de saúde, para isso é preciso que os objetivos específicos sejam cumpridos.

A capacitação dos profissionais de saúde deve torná-los aptos para o acolhimento dos usuários na unidade e aprimorá-los como difusores do conhecimento sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, tornando-os capazes de entender o processo saúde-doença, seus fatores de risco, suas possíveis complicações e, o benefício da alimentação correta, da prática de atividade física regular e do uso adequado dos medicamentos prescritos, podendo orientar os pacientes de forma completa e eficaz. Espera-se que com o projeto, esse objetivo seja atingido em 04 semanas, de acordo com o elucidado na metodologia, para que o acolhimento e acompanhamento ocorra de maneira regular e garanta o sucesso esperado.

Com a criação do HIPERDIA, em 08 semanas, espera-se que os pacientes sejam acolhidos no programa e que sintam o desejo de participar com o intuito de aumentar seu conhecimento sobre sua doença, bem como a importância das medidas de autocuidado. O programa deverá ter feedback positivo, a partir do momento em que os pacientes perceberem que a participação no grupo os ajuda a manter o controle da doença, melhorando sua autoestima, sua disposição física e mental, atuando também na prevenção de outras doenças, o interesse nos encontros e nas reuniões seguirão de maneira regular, com manutenção do número de participantes e seguimento adequado, para que se possa chegar ao objetivo final e reduzir as complicações cardiovasculares dos participantes.

Seguindo a mesma ideia, apenas com a participação dos usuários no HIPERDIA é que será possível a conscientização sobre a importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso ao longo dos 12 meses. A expectativa é que, por meio da participação e dos encontros regulares, os pacientes sintam a necessidade de controlar sua doença, com a manutenção de bons níveis pressóricos e glicêmicos entre os participantes. Eles serão estimulados exaustivamente à prática de atividade física regular, serão orientados quanto a uma alimentação balanceada, o que fará com que a adesão ao tratamento não medicamentoso também seja atingida.

Finalmente será possível diminuir o número de complicações cardiovasculares nestes pacientes. Espera-se que após 12 meses de seguimento, todos sejam reavaliados e analisado quanto a manutenção ou não dos fatores de risco, bem como o sucesso dos resultados alcançados.



# Referências

- BRASIL, M. da Saúde do. *Hipertensão Arterial: Cadernos de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde., 2006. Citado na página 17.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde., 2011. Citado na página 18.
- BRAZ, M. M.; SANTOS, S. B. A. dos; PIVETTA, H. M. F. Qualidade de vida em diabéticos e hipertensos: estudo de casos em abordagem fisioterapêutica. *Cinergis*, v. 15, n. 1, p. 24–29, 2014. Citado na página 13.
- CARDIOLOGIA, S. B. de. Vii diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 1–104, 2016. Citado na página 17.
- GIROTTTO, E.; ANDRADE, S. M. de. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciências Saúde Coletiva*, p. 1763–1772, 2011. Citado na página 17.
- LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 13, p. 39–46, 2006. Citado na página 18.
- LIMA, A. de S. 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. *Saúde Coletiva em Debate*, p. 9–17, 2012. Citado na página 17.
- LIMA, A. de S.; GAIA, E. de S. M.; 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. *Saúde Coletiva em Debate*, v. 2, n. 1, p. 9–17, 2012. Citado na página 13.
- LONDRINA, P. de. *Portal da Prefeitura*. 2017. Disponível em: <[http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=frontpageplus&Itemid=587](http://www1.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=frontpageplus&Itemid=587)>. Acesso em: 17 Jan. 2017. Citado na página 9.