



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

Patricia Gomez Borda

Implantação do programa HIPERDIA em Unidade de
Saúde da Família do Município de Céu Azul - PR.

Florianópolis, Abril de 2017

Patricia Gomez Borda

Implantação do programa HIPERDIA em Unidade de Saúde da
Família do Município de Céu Azul - 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

Patricia Gomez Borda

Implantação do programa HIPERDIA em Unidade de Saúde da
Família do Município de Céu Azul - 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: A Unidade de Saúde Central-PS4 de Céu azul atende uma população de aproximadamente 2.700 pessoas. Desta, cerca de 400 pessoas são hipertensas e 100 são diabéticas. A hipertensão Arterial Sistêmica é definida como a elevação sustentada da pressão arterial. O diabetes é composto por um grupo de alterações metabólicas que tem como principal característica a hiperglicemia. Ambas afecções estão associadas a alterações funcionais e estruturais de diversos órgãos, levando a aumento da morbimortalidade. Tanto o diabetes quanto a hipertensão são doenças multifatoriais, e, portanto, seu tratamento envolve uma abordagem ampla, com terapia medicamentosa e não medicamentosa. Na Atenção Primária à saúde o acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos deve ser realizado preferencialmente de maneira interprofissional com os profissionais da Unidade de Saúde e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Para o acompanhamento de tais pacientes na APS dispõe-se do HIPERDIA, sistema informatizado de cadastro e acompanhamento dos pacientes portadores de HAS e DM. utilização de tal sistema permite a coleta de dados que possibilitam a elaboração de estratégias de intervenção para melhor controle das condições clínicas de tais usuários. **Objetivo:** Implementar o programa HIPERDIA na Unidade de Saúde Central – PS4 de Céu Azul. **Metodologia:** A implementação do projeto seguirá as seguintes etapas: apresentação do projeto a equipe de saúde, diagnóstico situacional da área, coleta de dados, análise dos dados, definição das estratégias de intervenção, e por fim, as aplicações destas. Importante ressaltar a participação da população atendida na definição das estratégias a serem utilizadas. **Resultados Esperados:** Espera-se melhorar os níveis pressóricos dos usuários hipertensos e melhor controle dos índices glicêmicos dos usuários diabéticos. Espera-se, ainda, diminuição das complicações causadas pelo diabetes e pela hipertensão, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, pé diabético, insuficiência renal, entre outras complicações advindas das doenças de base.

Palavras-chave: HIPERDIA, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Promoção da saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A Unidade de Saúde Central - PSF 4 de Céu Azul, está localizada no município de Céu Azul, região oeste do estado do Paraná. Município fundado em 1968, emancipado da cidade de Matelândia. Em 2015, a população era 11.649 habitantes, possuindo 6 estabelecimentos de saúde e com IDH de 0,732. A Unidade de Saúde Central - PSF 4 atende uma população de aproximadamente 2700 pessoas, sendo 60% mulheres e 40% homens. Da população atendida, cerca de 400 pessoas são hipertensas e 100 são diabéticas. A UBS está associada aos projetos de implantação da Atenção Primária a Saúde no município de Céu Azul.

A Atenção primária à Saúde (APS) é entendida como uma atenção ambulatorial sem especialização oferecida pelas Unidades de Saúde, com uma grande diversidade de atividades clínicas e que demandam uma baixa densidade tecnológica. No Brasil, também são desenvolvidas na APS atividades de saúde pública. É importante citar que, nas Unidades de Saúde, deve acontecer o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde e boa parte dos problemas apresentados devem ser resolvidos (LAVRAS, 2011).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes mellitus (DM) são condições clínicas frequentes nas Unidades de Saúde. A primeira, multifatorial, é definida pelo aumento sustentado dos valores da pressão arterial. Tal condição é comumente associada a alterações funcionais e estruturais em diversos órgãos, como por exemplo, coração, rins, cérebro e vasos sanguíneos, além de alterações metabólicas, que aumentam o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRANDÃO et al., 2010). A segunda, caracterizada pela hiperglicemia, é composta por um grupo de alterações metabólicas. O aumento da glicose está associado a complicações, disfunções e insuficiência em vários órgãos, principalmente olhos, nervos, rins, cérebro, coração e vasos sanguíneos. A hiperglicemia é resultante da diminuição ou ausência de secreção da insulina ou por diminuição dos efeitos de tal hormônio no tecido periféricos ou de ambos (BRASIL, 2006).

Estimativas da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) indicam que a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica na população com mais de 18 foi de 21,4% no ano de 2013. Em relação ao diabetes, tal pesquisa estimou que 6,2% da população com mais de 18 anos é diabética. Na Unidade de Saúde Central - PSF 4 em Céu Azul (PR), que atende aproximadamente 2700 pessoas, os últimos dados indicam que 14,8% da população atendida é hipertensa e que 3,7% é diabética. Observa-se que tal dado é uma estimativa. Apesar dos índices serem menores que o nacional, há uma elevada procura pela demanda espontânea com HAS e/ou DM descompensadas (IBGE, 2014).

Para o melhor acompanhamento dos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na APS, dispõe-se do programa HiperDia, sistema informatizado de cadastro e acompanhamento dos pacientes portadores de HAS e DM. A utilização de tal sistema permite a coleta de dados que possibilitam a elaboração de estratégias de intervenção

para melhor controle das condições clínicas de tais usuários. A necessidade do acompanhamento frequente permite a construção do vínculo entre usuário e a unidade de saúde. A implementação do HiperDia permite obter dados sobre os principais fatores de risco nesses pacientes. Dessa maneira, torna-se possível a elaboração de estratégias em parcerias com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, compostas por uma equipe multiprofissional, contando com profissionais como nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas e psicólogos. São exemplos de intervenções elaboradas a partir dos resultados obtidos pelo HiperDia: palestras com nutricionistas; grupos de caminhadas; grupo de tabagismo; entre outros. Outras unidades que implementaram tal ferramenta apresentam melhor vínculo entre unidade de saúde e usuário, melhor acompanhamento do usuário, melhora dos índices glicêmicos e pressóricos, entre outros (LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012).

Dado o exposto, percebe-se a importância de tal programa para a Unidade de Saúde Central - PSF 4 de Céu Azul, que ainda não conta com o programa HiperDia. O planejamento da Unidade não prevê agenda para o atendimento específico de doenças crônicas, sendo os pacientes hipertensos e diabéticos atendidos junto com a demanda espontânea e com as consultas agendadas. A implementação do HiperDia possibilitaria a melhora do fluxo dentro da unidade, facilitando o manejo clínico de doentes crônicos, melhorando o acompanhamento de tais usuários e permitindo uma melhor conduta dos casos descompensados. A utilização de tal ferramenta é possível pelas características da unidade, que conta com equipe quase completa (Agente Comunitária de Saúde, Técnicos de enfermagem, enfermeiro, médico) e com uma população atendida de 2700 pessoas, número preconizado pelo Ministério de Saúde. Os dados obtidos podem auxiliar na elaboração das estratégias de intervenção e conduta dos usuários em tais condições. A Unidade de Saúde em questão apresenta colaboração do NASF, que permite uma abordagem integral e interprofissional nas estratégias elaboradas. O fato de a UBS não apresentar sistema integralmente informatizado pode representar desafio para estabelecimento do HiperDia. Ressalta-se que, em reunião de equipe realizada previamente, a não realização do HiperDia foi apontada como principal problema da unidade e aquele que demandava maior prioridade.

Dessa maneira, o presente projeto pretende implementar o HiperDia na Unidade de Saúde Central - PSF 4 de Céu Azul (PR), obtendo um melhor acompanhamento e controle dos hipertensos e/ou diabéticos da Unidade de Saúde.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Implementar o HiperDia na unidade de saúde Unidade de Saúde Central - PSF 4 de Céu Azul.

2.2 Objetivos Específicos

- Levantar dados epidemiológicos sobre a população hipertensa e diabética da Unidade de Saúde Central - PSF 4 de Céu Azul (PR).
- Acompanhar usuários hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde
- Elaborar estratégias de intervenção com profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, principalmente nos fatores de risco levantados.
- Melhorar o fluxo de usuários com doenças crônicas na Unidade de Saúde Central - PSF 4 de Céu Azul (PR).

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada pela sustentação dos níveis pressóricos sistólicos maiores ou iguais a 140 mmHg e/ou níveis diastólicos maiores ou iguais a 90 mmHg sem a utilização de medicamentos anti-hipertensivos (BRASIL, 2006). A HAS se associa frequentemente com alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. Além disso, também é associada a distúrbios metabólicos como dislipidemia, intolerância à glicose, diabetes melito (DM) e obesidade abdominal. Ademais, relaciona-se diretamente com eventos como morte súbita, doença renal crônica, doença arterial periférica, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico (AVE) e insuficiência cardíaca. Estudos indicam que 51% das mortes decorrentes de AVE e 45% das mortes cardíacas são causadas pela HAS (MALACHIAS et al., 2016).

A Pressão Arterial Sistêmica em adultos com mais de 18 anos, segundo o Caderno de Atenção Básica nº 15 de 2006, é classificada em: normal, se Pressão Arterial Sistólica (PAS) menor que 120mmHg e Pressão Arterial Diastólica (PAD) menor que 80 mmHg; pré-hipertensão, se PAS encontra-se entre 120-139 mmHg e/ou PAD entre 80-89 mmHg; hipertensão estágio 1, se PAS entre 140-159 mmHg e/ou PAD entre 90-99 mmHg; e hipertensão estágio II, se PAS maior que 160 mmHg e/ou PAD maiores que 100 mmHg. Quando a pressão sistólica e a pressão diastólica situarem-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio. A classificação do estágio da HAS é importante na definição terapêutica e na estratificação do risco cardiovascular (BRASIL, 2006).

De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, a prevalência da HAS no Brasil, é estimada em 32,5% (36 milhões de pessoas) (MALACHIAS et al., 2016). Segundo o Caderno de Atenção Básica, a prevalência varia de 22,3% a 43,9% a depender da cidade analisada, sendo importante notar que tais dados consideram apenas a população urbana (BRASIL, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica tem como fatores de risco: idade, tendo uma associação direta e linear; excesso de peso e obesidade; ingestão de sódio aumentada; consumo excessivo de álcool; sedentarismo; sexo e etnia (mais prevalentes em mulheres e em pessoas negras); e fatores socioeconômicos (maior prevalência nos que possuem menor escolaridade) (MALACHIAS et al., 2016).

Dado os fatores de risco e a característica multifatorial da HAS, o tratamento desta envolve uma abordagem ampla, com utilização de medicamentos e mudança no estilo de vida.

O tratamento medicamentoso pode ser realizado por diferentes classes de medicamentos, a citar: diuréticos, agentes alfa-agonistas de ação central, betabloqueadores, alfablo-

queadores, vasodilatadores diretos, bloqueadores do canal de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II e inibidores diretos da renina (BRUNTON; LAZO, 2012).

O tratamento não medicamentoso consiste na redução de peso, diminuição da ingestão de álcool (não devendo ultrapassar 30g de etanol para homens e 15g para mulheres ao dia), atividade física (exercícios aeróbicos 30 minutos por semana na maioria dos dias da semana), restrição do sal (6g/dia), suspensão do tabagismo, padrão alimentar ideal (diminuição da ingestão de gordura, alimentação rica em fibras, dieta com frutas, verduras e derivados do leite desnatados, entre outros), controle das dislipidemias e suplementação de potássio, cálcio e magnésio (NOBRE et al., 2013).

O Diabetes Melito (DM) se configura por uma série de distúrbios metabólicos que compartilham entre si a hiperglicemia. Esta pode ser decorrente por um defeito na secreção da insulina, na ação da insulina ou de ambas (COTRAN et al., 2010)

Estima-se que, na década de 80, 7,6% da população adulta brasileira era diabética. Em 2014, cerca de 11,9 milhões de brasileiros entre 20 e 79 anos apresentava diabetes, sendo que, em 2035, esse número poderá alcançar 19,2 milhões. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013 estimou que 6,2% da população com mais de 18 anos ou mais de idade possuíam diagnóstico médico de diabetes. É importante ressaltar que, na contagem, foram considerados apenas os casos diagnosticados (MILECH et al., 2016).

O DM pode ser classificado: em tipo 1, caracterizado pela ausência de insulina decorrente de uma destruição das células Beta pancreáticas, em geral de caráter autoimune; e tipo 2, caracterizado pela deficiência parcial de insulina ou pela resistência à insulina (GOLDMAN, 2014).

O DM tipo 1 corresponde a 5 a 10% dos casos de diabetes melito. A fisiopatologia da doença envolve fatores ambientais e genéticos. Entre os fatores genéticos estão os relacionados aos genes do Antígeno Leucocitário Humano (HLA). Entre os fatores ambientais podemos citar infecções virais, fatores nutricionais, entre outros. A destruição das células betas, em geral, ocorre em crianças e adolescentes, de maneira que o DM tipo 1 era conhecido como diabetes juvenil (GOLDMAN, 2014).

O DM tipo 2 corresponde a 90 a 95% dos casos de DM, sendo decorrente de defeitos na ação e na secreção da insulina ou pela desregulação na produção de glicose pelo fígado. Assim como o tipo 1, o DM tipo 2 também está relacionado a fatores genéticos e ambientais. Nos últimos anos, foram identificados inúmeros locos genéticos relacionados a DM tipo 2 e muitos ainda estão sendo descobertos. Entre os fatores ambientais associados, tem-se o envelhecimento, excesso na ingestão de gorduras e o sedentarismo. Percebeu-se que a maioria dos pacientes diagnosticados com DM tipo 2 apresentavam sobrepeso ou obesidade. O diagnóstico em geral se dá após os 40 anos. Por mudanças no estilo de vida contemporânea, porém, está tornando comum o diagnóstico em pacientes jovens (MILECH et al., 2016).

O diagnóstico do Diabetes Melito se dá pela elevação anormal da glicose sanguínea, que, em condições normais, é mantida entre 70 e 120 mg/dL (COTRAN et al., 2010). A evolução do DM tipo 1 é abrupta, com sintomas que indicam de maneira contundente a doença, além de existirem marcadores de autoimunidade que podem ser utilizados para o diagnóstico específico de tal doença. Esses marcadores podem ser positivados meses ou anos antes do diagnóstico clínico (MILECH et al., 2016). No DM tipo 2, para que o indivíduo seja considerado diabético, deve apresentar um dos três critérios: concentração aleatória de glicose maior que 200 mg/dL acompanhada de algum dos sintomas clássicos do diabetes (poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso inexplicada); concentração de glicose em jejum maior que 126 mg/dL em mais de uma ocasião; teste de tolerância a glicose oral (TTGO) anormal, com concentração de glicose maior que 200 mg/dL 2 horas após a ingestão de uma carga padrão de carboidrato (COTRAN et al., 2010)___

Pessoas com glicose em jejum entre 100 a 126 mg/dL ou TTGO com valores entre 140 a 200 mg/dL são consideradas como apresentando redução na tolerância a glicose, podendo evoluir para diabetes melito (MILECH et al., 2016).

Outro exame utilizado no diagnóstico e no controle do diabetes é a hemoglobina glicada (HbA1), um conjunto de reações que são formadas entre a hemoglobina e alguns açúcares. Como o tempo de vida médio das hemácias são de três meses, a utilização desse teste permite saber se o paciente está com a glicemia controlado em um período de tempo maior. Segundo a Associação Americana de Diabetes (ADA), para fins diagnóstico, considera que: se a hemoglobina glicada for maior que 6,5%, o teste é positivo para diabetes melito; se entre 5,7% a 6,5%, o indivíduo é considerado pré-diabético; e se menor que 5,7%, indica ausência de diabetes (MILECH et al., 2016).

A persistência da hiperglicemia é tóxica ao organismo por três mecanismos principais: promovendo a glicação de proteínas, pelo aumento da osmolalidade plasmática e pelo aumento dos níveis de sorbitol. Esses mecanismos estão relacionados as complicações diabéticas como a polineuropatia diabética, retinopatia diabética, insuficiência renal, catarata, infarto do miocárdio, hipercoagulabilidade, hipertensão, AVE, doença vascular periférica, amputações e alterações na perfusão placentária (MILECH et al., 2016) (COTRAN et al., 2010).

Assim como o tratamento da HAS, o tratamento do diabetes melito é composto por uma terapia medicamentoso e por uma não medicamentosa.

O tratamento começa com a educação em saúde sobre a condição do diabético, promovendo a autonomia do portador e as relações interpessoais. O tratamento não medicamentoso é feito por meio do incentivo a prática de atividades físicas, visando redução do peso corporal e promovendo a captação de glicose pelos músculos, reduzindo a concentração plasmática. Preconiza-se exercícios aeróbicos, diários ou no mínimo 3 vezes na semana. O aporte calórico dos diabéticos é menor que o das pessoas não diabéticas. A ADA indica uma dieta individualizada. No geral, a alimentação deve ser composta por

55-60% de carboidratos, 10-20% de proteínas e 30-35% de lipídios. O consumo de álcool deve ser evitado, por aumentar o risco tanto de hipoglicemia quanto de hiperglicemia (MILECH et al., 2016).

O tratamento medicamentoso pode ser dividido em quatro categorias: os hipoglicemiantes; os anti-hiperglicemiantes; os que aumentam a secreção de insulina glicose-dependente, que também promovem a redução na secreção de glucagon; e os que produzem glicosúria. Os agentes hipoglicemiantes agem aumentando a secreção de insulina, sendo que seus principais representantes são clorpropamida e a glibenclamida. Os anti-hiperglicemiantes não alteram a secreção de insulina, agem ou diminuindo a absorção como a acarbose ou diminuindo a produção hepática de glicose e aumentando discretamente a função da insulina como representado pela metformina, ou atuam diretamente aumentando a ação da insulina como as glitazonas. Os que atuam aumentando a secreção de insulina glicose-dependente tem como principais classe as gliptinas e os análogos do GLP-1. Os que promovem a glicosúria agem nos túbulos renais pela inibição das proteínas transportadoras de glicose nos túbulos proximais dos rins (SGLT2). O tratamento medicamentoso do diabetes também envolve a aplicação direta de insulina, essa se apresenta de duas formas principais, uma de longa duração conhecida como insulina NPH e outra de ação semelhante a insulina chamada de insulina regular (MILECH et al., 2016).

Considerando a alta prevalência do diabetes e da hipertensão na população brasileira, suas características de serem assintomáticas, de grande morbimortalidade e de alto custo social, o Governo Federal implantou em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Melito. Esse Plano previa a extensa participação da atenção primária à saúde, estabelecendo vínculos com os portadores de tais agravos, no diagnóstico precoce, no tratamento e acompanhamento destes (BRASIL, 2001).

Entre os objetivos do plano estavam: realizar ações de prevenção primária; identificar, cadastrar e vincular os hipertensos e diabéticos; implantação de protocolos; promoção e educação em saúde e incentivo a estilo de vida saudável; garantir o acesso aos medicamentos fornecidos pelo SUS para o tratamento da HAS e da DM; ações de vigilância epidemiológica, entre outros (BRASIL, 2001).

Ao mesmo tempo da implantação do Plano foi instituído o HiperDia, sistema informatizado nacional de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2004). Através do cadastro realizado pelo HiperDia, podem ser gerados dados que permitem conhecer a população atendida e os fatores de riscos aos quais estão submetidos. As informações coletadas podem ajudar na melhoria do serviço oferecido pela unidade de saúde e prevenindo e/ou diminuindo a morbimortalidade causada pela HAS e DM (CARVALHO-FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2012). Os dados obtidos possibilitam ao Ministério da Saúde a elaboração de estratégias de prevenção e promoção em saúde, cuja implantação e acompanhamento deve ser realizado pela atenção primária em saúde (VASCONCELOS, 2014).

O sistema HiperDia facilita o acesso dos Hipertensos e Diabéticos aos medicamentos, já que o sistema permite o monitoramento de tais usuários, gerando informações para aquisição, dispensação e distribuição dos medicamentos (BRASIL, 2001).

As informações obtidas pelo sistema HiperDia permitem a elaboração de metas e atividades a serem desenvolvidas a fim de realizar a prevenção e promoção em saúde, o diagnóstico precoce de tais patologias, além do tratamento e controle. O HiperDia auxilia na interação entre população atendida e equipe de saúde, permitindo o acompanhamento correto da evolução dos casos (VASCONCELOS, 2014).

O HiperDia possibilita a reorganização do trabalho da atenção à saúde oferecida aos usuários atendidos pelo programa. Como já explicado anteriormente, o tratamento de tais patologias é realizado pelo uso de medicamentos ou por mudanças no estilo de vida. É muito importante que, com as informações colhidas pelo sistema, sejam elaboradas propostas de intervenções de maneira multiprofissional e interdisciplinar, objetivando a integralidade dos usuários da unidade básica de saúde (CARVALHO-FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2012). São exemplos de intervenções elaboradas a partir dos resultados obtidos pelo HiperDia: palestras com nutricionistas; grupos de caminhadas; grupo de tabagismo; entre outros. Outras unidades que implementaram tal ferramenta apresentam melhor vínculo entre unidade de saúde e usuário, melhor acompanhamento do usuário, melhora dos índices glicêmicos e pressóricos, entre outros (LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012). Entre os profissionais que podem atuar e intervir no projeto, estão médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e educadores físicos.

A rede primária a saúde pode tratar entre 60 a 80% dos casos de HAS e DM utilizando apenas medidas de prevenção e promoção de saúde (VASCONCELOS, 2014). Apesar da potencialidade da atenção primária no manejo de tais condições, a ausência do HiperDia, assim como ocorre na Unidade de Saúde Central – PSF4 de Céu Azul (PR), diminui a sua efetividade.

4 Metodologia

A implantação do HIPERDIA ocorrerá primeiramente com a explicação do projeto para os membros da equipe de Saúde e do NASF, priorizando a necessidade de implantação de tal projeto na Unidade de Saúde Central – PS4 de Céu Azul. Após a explicação e a aceitação do projeto por parte da equipe, será realizado o diagnóstico situacional da área, com a participação ativa das Agentes Comunitárias de Saúde e o aproveitamento da presença dos usuários da unidade para levantamento de dados. Além disso, poderá ser utilizado a ferramenta Estimativa Rápida Participativa com reuniões com a comunidade e entrevistas com informantes-chave.

Após a coleta de dados, estes serão analisados pela equipe de saúde para decisão das intervenções a serem realizadas. As ações poderão ser grupos de caminhadas, reuniões para orientação nutricional, esclarecimentos sobre as doenças e elaboração de agenda específica para o acompanhamento dos usuários da UBS que sejam hipertensos e diabéticos. A implementação do projeto deverá contar com a participação de todos os profissionais da Unidade, tanto para coleta de dados, quanto para divulgação ou intervenções. Inclui-se, aqui, os técnicos de enfermagem, ACSs, enfermeiros, funcionários da recepção, entre outros. O médico poderá, por exemplo, realizar a adequação da terapia medicamentosa dos pacientes abordados, orientações gerais e coleta de dados. O HIPERDIA pode contar também com nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos e outros profissionais do NASF. É importante ressaltar que haverá participação de tais profissionais tanto na escolha das intervenções quanto em suas realizações. Os processos de coleta de dados e sua análise deverão ter duração de 4 meses. A implantação do projeto tem previsão de início para o mês de março de 2017.

Para elaboração das intervenções poderão ser utilizados abordagens já realizadas em outras unidades e que se encontram disponíveis em artigos sobre o tema, nos cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde, ou outras experiências eventualmente relacionadas ao tema.

O convite a população será realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde, também poderão ser realizados a distribuição de panfletos, a colocação de cartazes em pontos importantes da cidade como igrejas, bancos e mercado, e o anúncio através de carros de sons. Tudo isso visa obter uma maior participação da população e assim uma maior efetividade nos resultados.

A realização de cada uma das ações de intervenção deverá seguir agenda a ser definida junto da população atendida, de maneira a flexibilizar seus encontros e permitir maior adesão dos usuários.

As intervenções deverão ser realizadas preferencialmente na Unidade de Saúde Central – PS4 de Céu Azul, principalmente para usuários hipertensos e diabéticos, sendo que não

será proibida a participação de outros usuários que não se incluem nesse grupo.

É essencial lembrar que o processo Saúde-Doença é um processo dinâmico, de maneira a ser importante ressaltar que a coleta de dados para alimentação do programa HIPERDIA seja realizada durante todo o período de implementação do projeto. Assim que forem diagnosticados outros fatores que influenciam no agravamento dessas afecções ou a não efetividade das intervenções já propostas, poderão ser elaborados outras propostas de ação.

5 Resultados Esperados

Com a implantação do HIPERDIA na Unidade de Saúde Central – PS4 de Céu Azul, espera-se melhorar os níveis pressóricos dos usuários hipertensos e melhor controle dos índices glicêmicos dos usuários diabéticos. Espera-se, ainda, diminuição das complicações causadas pelo diabetes e pela hipertensão, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, pé diabético, insuficiência renal, entre outras complicações advindas das doenças de base.

A presença dos usuários para as atividades do HIPERDIA permite que seja realizado um acompanhamento frequente, com melhora dos princípios da Atenção Primária a Saúde, principalmente os da longitudinalidade, acessibilidade e integralidade. O estabelecimento de tais princípios possibilita uma maior adesão ao tratamento. Além disso, propicia o empoderamento do usuário enquanto ser ativo de sua condição de saúde, participante das tomadas de decisões e condutas, e não apenas um sujeito passivo de cuidados.

As informações repassadas aos usuários não atingem apenas os que participam do grupo. Em geral, o conhecimento adquirido é compartilhado com a família e utilizado pelo núcleo familiar, como as mudanças na dieta alimentar ou a prática de atividades físicas. Tais medidas podem contribuir para melhora da qualidade de vida e diminuição do risco de doenças cardiovasculares e metabólicas das famílias atendidas pela Unidade. As mudanças realizadas pelo HIPERDIA possibilitarão também o melhor atendimento da Unidade de Saúde aos usuários portadores de doenças crônicas. Assim, será possível melhorar o fluxo da UBS, permitindo melhor prestação de serviço aos usuários com outros agravos.

Referências

- BRANDÃO, A. A. et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *J. Bras. Nefrol.*, v. 32, n. 1, p. 1–4, 2010. Citado na página 9.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Avaliação do plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde: Cadernos de atenção básica*, n. 15. Brasília - DF: Ministério da Saúde., 2006. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 13.
- BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S. *Goodman Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012. Citado na página 14.
- CARVALHO-FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. Hipertensão: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene*, v. 12, p. 930–936, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- COTRAN, R. S. et al. *Robbins e Cotran: Patologia - bases patológicas das doenças*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- GOLDMAN, L. C. *Medicina*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. Citado na página 14.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014. Citado na página 9.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude soc*, v. 20, n. 4, p. 867–874, 2011. Citado na página 9.
- LIMA, A. de S.; GAIA, E. de S. M.; FERREIRA, M. A. A importância do programa hipertensão 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. 30, p. 9–17, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 17.
- MALACHIAS, M. et al. *7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016. Citado na página 13.
- MILECH, A. et al. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)*. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Citado 3 vezes nas páginas 14, 15 e 16.
- NOBRE, F. et al. Hipertensão arterial sistêmica primária. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, v. 46, n. 3, p. 256–272, 2013. Citado na página 14.

VASCONCELOS, P. K. S. Hiperdia: do preconizado desatador de nós à criação de elos. Uberaba, n. 45, 2014. Curso de PROVAB, Universidade Aberta do SUS. Citado 2 vezes nas páginas [16](#) e [17](#).