



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

MARCIANA DA SILVA CONSTANCIO VALADÃO

PACIENTES ACOMPANHADOS NO PROGRAMA HIPERDIA: A IMPORTÂNCIA
DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA

FORTALEZA

2018

MARCIANA DA SILVA CONSTANCIO VALADÃO

**PACIENTES ACOMPANHADOS NO PROGRAMA HIPERDIA: A IMPORTÂNCIA
DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Msc. Héverton Mendes Araújo

FORTALEZA

2018

MARCIANA DA SILVA CONSTANCIO VALADÃO

**PACIENTES ACOMPANHADOS NO PROGRAMA HIPERDIA: A IMPORTÂNCIA
DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^o., titulação (Dr./Me.), nome.

Instituição

Prof^o., titulação (Dr./Me/Esp), nome.

Instituição

Prof^o., titulação (Dr/Me/Esp), nome.

Instituição

RESUMO

O Programa Hiperdia objetiva estabelecer metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da hipertensão e diabetes por meio da reorganização do trabalho nas unidades da rede básica do Sistema Único de Saúde. Privilegia a abordagem conjunta e integrada da equipe multiprofissional de saúde da família, tornando-se imperativo que estes profissionais desenvolvam ações que possibilitem não apenas um trabalho multidisciplinar, mas também uma avaliação interdisciplinar. É importante a diversificação de profissionais que devem compor uma equipe de saúde, o que amplia o planejamento da assistência e facilita o acesso da população a profissionais de diversas áreas. OBJETIVO: Integrar de forma eficiente a equipe multidisciplinar ao cuidado do paciente do programa Hiperdia. METODOLOGIA: Trata-se de um projeto de intervenção tipo estudo quantitativo observacional e descritivo com pacientes cadastrados no programa Hiperdia no Centro de Saúde Janaina em São Luís MA, no período de julho 2017 a julho 2018.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Saúde da Família.

ABSTRACT

The objective Hiperdia program set goals and guidelines to expand prevention, diagnosis, treatment and control of these diseases through the reorganization of work in the units of the basic network of the Unified Health System. It focuses on the joint and integrated approach to multidisciplinary team of health family, making it imperative that these professionals develop actions that enable not only a multidisciplinary work, but also an interdisciplinary evaluation. It is important diversification professionals should make a health care team, which extends care planning and facilitates public access to professionals from various fields. **OBJECTIVE:** To integrate efficiently the multidisciplinary team to the program Hiperdia patient care. **METHODS:** This is an intervention project type quantitative, observational and descriptive entries with patients in Hiperdia program in Centro de Saúde Janaina, in São Luís- MA, from July 2017 to July 2018.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Family Health.

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	PROBLEMA.....	09
3	JUSTIFICATIVA.....	10
4	OBJETIVOS.....	11
4.1	OBJETIVO GERAL.....	11
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
6	METODOLOGIA.....	15
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	17
8	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	21
9	CRONOGRAMA.....	22
10	CONCLUSÃO	23
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

Em 2002 foi criado um plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus, denominado HIPERDIA. (BRASIL, 2012) Este foi elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) devido aumento dos agravos de pacientes portadores de doenças cardiovasculares e visando um acompanhamento constante dos casos diagnosticados. (BRASIL, 2001).

Um dos benefícios do HIPERDIA é o acompanhamento dos pacientes com a garantia de recebimento dos medicamentos prescritos, perfil epidemiológico e como resultado a implantação de melhores medidas de políticas públicas que podem melhorar a qualidade de vida da população assistida. (CUNHA, 2014)

Um dos objetivos desse programa é criar medidas para ampliação de ações para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle das patologias abordadas visando uma reestruturação nas Unidades de Saúde. A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus compõem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde e são os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2002)

Em relação à hipertensão arterial, o diagnóstico é dado quando a Pressão Arterial Sistólica e Diastólica apresentam-se respectivamente superiores a 140 mmHg e 90 mmHg (estágio 1), 160 mmHg e 100 mmHg (estágio 2), 180 mmHg e 110 mmHg (estágio 3) (REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013/2014) diagnostica a doença da seguinte maneira: duas amostras de glicemia em jejum superiores a 126 mg/dl, glicemia pós-prandial acima de 200 mg/dl após duas horas de sobrecarga de 75 g de glicose, hemoglobina glicada superior a 6,5% e glicemia casual maior que 200 com sintomas clássicos de hiperglicemia. (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009)

O Programa valoriza a abordagem conjunta e integrada da equipe multidisciplinar. Esta equipe atua de forma fundamental, traçando ações conjuntas na manutenção e recuperação da saúde dos usuários portadores de doenças crônicas. (MENDES, 2002).

Por intermédio das estratégias de atenção à saúde, estruturadas pelo poder público e mediante experiências vivenciadas, este trabalho tem por objetivo elaborar

uma proposta de sistematização na integração dos cuidados em saúde para usuários hipertenso e diabético, que compreenda todas as áreas no contexto de trabalho inter e multiprofissional.

2. PROBLEMA

O Centro de Saúde Janaina, localizado em São Luís Maranhão tenta realizar ações multidisciplinares voltadas ao HIPERDIA. Um grande entrave é a adesão e aceitação por parte dos pacientes na continuidade e assiduidade para seguimento. A equipe multidisciplinar(enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionista, etc) realizam ações voltadas a esse grupo tais como: palestras, atividades em grupo, orientações individualizadas na tentativa de melhor adesão e prevenção de agravos crônicos, reeducação alimentar. Um grande benefício está relacionado a presença do NASF dando apoio aos cuidados voltados a estes pacientes. Outra limitação está relacionada ao recebimento de medicamentos, kits para aferições glicêmicas, deixando sempre uma lacuna de difícil controle apesar de todo trabalho empregado.

Apesar de toda política de atenção básica e desenvolvimento de sistematização aos portadores de patologias como hipertensão e diabetes através do Hiperdia, não há ainda sistematização ao atendimento do paciente no que se refere à integridade de sua saúde e a abordagem multidisciplinar, esta sendo de fundamental importância para uma melhor adesão e controle dessas patologias. Um dos motivos dessa limitação está relacionado ao baixo grau de escolaridade, limitação socioeconômica dificultando o conhecimento da gravidade e de como intervir na condição, pois como é perceptível essas doenças precisam de uma intervenção multifatorial e não somente medicamentosa.

3. JUSTIFICATIVA

É importante a diversificação de profissionais que devem compor uma equipe de saúde, o que amplia o planejamento da assistência e facilita o acesso da população a profissional de diversas áreas. A integração de variadas categorias nas equipes de saúde de família permite distintos olhares, ampliando as possibilidades inovadoras das práticas do cuidado e aumentando o potencial da resolutividade. A junção dos vários conhecimentos da área da saúde é de grande valia desde o planejamento até execução das ações educativas, permitindo visualizar a avaliação desse processo de forma qualitativa.

A atuação multidisciplinar traz consigo possibilidades de melhor adesão ao tratamento, medidas de orientação, acolhimento e melhor acompanhamento e controle dos fatores de risco. A educação em saúde feita por esta equipe também contribui para que toda a comunidade possa interagir e aprender hábitos saudáveis, para que não entrem na lista de pacientes com doenças crônicas, como a HAS e o DM.

Através desse projeto de intervenção pretende-se fornecer maior informação e integração nos serviços que o sistema de saúde dispõe, bem como fornecer-lhes hábitos melhores de vida e conhecimento básico sobre o seu problema, seja por educação em saúde diretamente ou indiretamente através do treinamento contínuo de todos os profissionais da rede, melhor atendimento multiprofissional a esses pacientes de modo que haja bons resultados e impedindo desta forma no surgimento de complicações

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVOS GERAL

Integrar e acolher, sistematizando o atendimento de forma eficiente a equipe multidisciplinar ao cuidado do paciente do programa Hiperdia no Centro de Saúde Janaina.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar a equipe multidisciplinar na melhor abordagem coletiva para individualizar o cuidado ao paciente do Hiperdia.
- Divulgar palestras educativas para melhorar a adesão do paciente ao tratamento por todos os profissionais inseridos na Equipe de Saúde da Família (ESF).
- Inserir os profissionais de educação física e nutrição à equipe da ESF para o desenvolvimento do cuidado não medicamentoso dos pacientes do Hiperdia.
- Avaliar a melhora dos pacientes após aplicação deste plano de ação.

5. REVISÃO DE LITERATURA

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) a abordagem ao usuário é multiprofissional e interdisciplinar. O HIPERDIA se beneficia dessa forma de atendimento por gerar informes que possibilitam o conhecimento da situação e mapeamento dos riscos potenciais voltados a população acompanhada reduzindo desta forma fatores complicadores de doenças associadas. (ASSIS,2012)

Essa nova organização da assistência necessita de profissionais com visão de integralidade, para trabalho em equipe, desenvolvendo ações no individual e coletivo, com conhecimento de que saúde é determinada por vários fatores. Com os objetivos de promoção, prevenção e reabilitação, uma das propostas para a sua efetivação na ESF é a utilização da Educação em Saúde. Já utilizada antes mesmo da reformulação das políticas de saúde, a educação em saúde permite a transformação da realidade por meio da conscientização crítica dos indivíduos (MENDES, 2002).

A hipertensão arterial é um dos problemas crônicos mais frequentes e com consequências clínicas graves e com repercussões clínicas graves. Considerada um grande fator de risco cardiovascular, sendo por isso uma das principais causas de mortalidade. O controle da pressão arterial foi considerado para valores de pressão sistólica menor que 140 mmHg e da diastólica menor que 90 mmHg. Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29% (Talaie, 2014).

Diabetes Mellitus é um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia crônica e alterações do metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, decorrentes de defeitos da secreção e/ou ação da insulina. Os sintomas clássicos são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda ponderal. O rastreamento em indivíduos assintomáticos está indicado em todos os adultos a partir dos 45 anos ou naqueles com IMC > 24,9 kg/m² e mais um fator de risco para DM2 (história familiar, sedentarismo, hipertensão, dislipidemia, entre outros). Se normal, repetir a cada 3 anos. A meta de hemoglobina glicada é abaixo de 7%. A mudança no estilo de vida, prática de atividades devem ser medidas básicas para controle destes pacientes. Complicações comuns são retinopatia diabética, nefropatias, neuropatias, entre outras. (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2009)

O sedentarismo, envelhecimento populacional, mudança no estilo de vida, aumento no consumo de álcool, evidenciam de forma marcante o impacto atual da

hipertensão e diabetes mais presente no meio. O HIPERDIA veio para aumentar o acesso a informação e cuidados aos pacientes Hipertensos e Diabéticos. Evitar o uso incorreto de medicamentos, criar uma rotina e fidelização dos pacientes à UBS. E o ponto mais importante, o controle desses pacientes no intuito de evitar agravos crônicos associados as condições já existentes. (BRASIL, 2001).

Segundo o Programa Nacional de Atenção Básica, (BRASIL,2012), a ESF mínima é composta por:

- Agente Comunitário de Saúde (ACS): é considerado o elo com a comunidade; trabalha com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; Orienta famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; Acompanha por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade;
- Enfermeiro: Realiza assistência integral; realiza consulta de enfermagem, palestras, solicitação de exames complementares e prescreve medicações; Planeja, gerencia, coordena e avalia as ações desenvolvidas pelos ACS.
- Médico: Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.
- Auxiliar e Técnico de Enfermagem: é o principal responsável pelas ações educativas na unidade; Participa das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na Unidade de Saúde Familiar (USF) e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.

Além dos profissionais citados, com o objetivo de ampliar o escopo das ações de Atenção Básica, a partir de 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que se caracterizam pela constituição em equipes multiprofissionais, pertencentes à ESF, atuantes no âmbito da saúde e assistência social, sendo o nutricionista e o educador físico uns dos profissionais que pode fazer parte delas. (SILVA, 2012)

Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e

habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica com a responsabilização de cada um pela organização e pela execução de atividades de educação permanente que capacitem cada membro da equipe de forma que se apropriem dos conhecimentos necessários para exercer suas atividades de forma resolutiva (BRASIL, 2010)

A equipe multidisciplinar mostra de forma efetiva sua importância no diálogo entre os profissionais envolvidos. O cuidado em saúde requer uma dimensão ontológica, holística e integradora, assim como as práticas dos profissionais que atuam na área da saúde também solicitam ser pautadas nessa compreensão. A ESF e sua equipe multidisciplinar pressupõem vínculo com a comunidade e adstrição de clientela, levando em consideração fatores culturais, raciais, sociais, dentre outros. (AZEVEDO, 2011).

O não controle dos pacientes apresenta elementos de dimensão social, cultural e programática em relação a apresentação do medicamento em várias dosagens dificultando a compreensão pelo usuário, esquecimento do horário da dose, etc. A inexistência de programas de educação permanente pode acentuar a vulnerabilidade sobre o uso racional de medicamentos, contribuindo desta forma para o não controle dos pacientes do Hiperdia. (CUNHA, 2009)

6.METODOLOGIA

6.1 Universo de pesquisa:

Pacientes cadastrados no programa Hiperdia no Centro de Saúde Janaina em São Luís- MA, no bairro Janaina e profissionais da atenção básica na UBS Janaina, somando um grupo de 03 equipes.

O paciente ao ser atendido em um primeiro momento será questionado quais as maiores dificuldades individuais para adesão ao programa. Prosseguindo com a conscientização ao uso da medicação individualmente, além da orientação quanto ao tratamento não medicamentoso através de palestras educativas.

Instituir capacitação da equipe multidisciplinar através de palestras, campanhas audiovisuais em relação ao tema proposto para o melhor entendimento dos pacientes, o uso de panfletagem, além de campanhas em relação à importância da atividade física e alimentação adequada para a busca da saúde. Através de oficinas garantindo desta forma espaço de debate e construção de conhecimentos e propostas em busca da melhoria da assistência à saúde. Estas oficinas foram implementadas mediante metodologia participativa baseada em atividades lúdicas, de vivência e dinâmicas de grupo desta forma possibilitando trabalhar aspectos cognitivos, avaliando ideias, valores, práticas e comportamentos.

Com essas oficinas buscou-se sensibilizar os profissionais da atenção primária sobre a prática educativa e aprimorar os conhecimentos desses trabalhadores a respeito da educação para o autocuidado em diabetes e hipertensão associados aos hábitos de vida saudável, possibilitando definir e diferenciar as condutas profissionais.

O delineamento das oficinas envolveu três etapas:

1. Avaliação de conhecimentos dos profissionais de saúde previamente às oficinas com base nas competências requeridas para o autocuidado e autocontrole do diabetes e hipertensão;
2. Realização das oficinas educativas que abordaram aspectos clínicos da doença e os hábitos saudáveis de vida;
3. Avaliação de conhecimentos dos profissionais de saúde com base em um rol de competências requeridas para o autocuidado e autocontrole, após um mês da intervenção educativa e avaliação das oficinas.

6.2 Critérios de amostragem:

A equipe multidisciplinar inclusa no estudo são: médicos, enfermeiros, nutricionista, educador físico, agente comunitário de saúde e técnico em enfermagem. Pacientes com diagnóstico de hipertensão e/ou diabéticos no Centro de Saúde Janaina em São Luís- MA, no bairro Janaina, onde será desenvolvido o estudo no período de julho de 2017 a julho de 2018. Pacientes com PA acima de 140x90 mmHg e/ou glicemia em jejum, duas medidas acima de 126mg/dl ou qualquer medida glicêmica acima de 200 mg/dl. Entram no grupo de pacientes observados homens e mulher de todas as idades.

6.3 Procedimentos da coleta:

Há um universo de 03 equipes de saúde na UBS Janaina, todas participando de forma efetiva nas oficinas, entrevistas, etc.

Utilizamos inicialmente a observação participante seguida de entrevistas semiestruturadas; Através de entrevista os pacientes incluídos nos critérios de HAS e DM foram entrevistados em relação:

- Escolaridade
- Prática de atividades físicas
- Estilo alimentar
- Uso de medicamentos
- Benefícios das atividades educativas empregadas no Centro de Saúde Janaina
- Como considera a equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista, educador físico)

6.4 Procedimento de análise dos dados:

O estudo visa fazer uma descrição do perfil dos pacientes do Hiperdia. Os dados dos formulários foram digitados e tabulados em Excel, para posterior análise em Epi-Info, versão 3.5.2.

7. ANÁLISE DE DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

Foram realizadas cinco oficinas com os profissionais, no período de setembro de 2017 a abril de 2018. Os horários foram definidos conforme disponibilidade das

equipes. As oficinas foram realizadas, mediante metodologia participativa relatando as próprias experiências e conhecimentos dos profissionais e destes para a discussão e conscientização, buscando facilitar os processos de reflexão, de ensino e aprendizagem e de sensibilização entre as equipes. As discussões versaram sobre os seguintes aspectos: atualização conceitual sobre diabetes e hipertensão, nutrição e alimentação saudável e a importância da prática de atividades físicas.

Através do educador físico e nutricionista realizamos ações diretas com grupo de apoio discutindo a importância da atividade física no controle da DM e HAS; Análise de casos clínicos envolvendo hábitos de vida, tratamento e controle destas doenças; Unificação de conceitos discutidos nas Oficinas; Avaliação do processo educativo para orientação e melhor desenvolvimento do cuidado não medicamentoso dos pacientes do Hiperdia

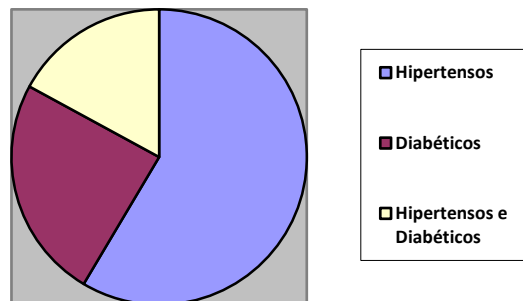
O interesse e sensibilização dos profissionais foram fundamentais para integração da equipe para promoção e educação em diabetes e hipertensão. A importância de planejar e sistematizar programas educativos voltados ao HIPERDIA, respeitando suas peculiaridades, valores e crenças dos pacientes, assim como a linguagem melhor utilizada pelo profissional para abordagem dos diversos temas foi fundamental para evolução do trabalho executado na aplicabilidade de sua vida cotidiana.

Após um mês do término das oficinas, foi aplicado novamente o rol de competências requeridas nos profissionais de saúde, para avaliar os conhecimentos, a nutrição saudável e a atividade física. As oficinas caracterizaram-se como um processo rico de trocas de experiência entre os profissionais, pacientes e os estudos existentes. As discussões marcadas pela realidade vivenciada e nas adoções de medidas inovadoras valorizaram dinâmicas em grupo que propiciaram o encontro do saber técnico-científico, rompendo-se com o modelo tradicional de transmissão de informações.

Houve uma avaliação positiva pela maioria dos participantes. Estes mencionaram interesse na continuidade das oficinas como forma de atualização e educação permanente para equipe e incentivo ao acolhimento e seguimento dos pacientes do HIPERDIA de forma multidisciplinar. Um problema identificado diz respeito à cultura de atendimentos em grande massa, não sendo valorizado com a devida importância a prevenção e os critérios do estudo fundamentais para redução de casos novos,

dificultando desta forma os horários para realização das oficinas e a participação da equipe em todas as atividades para orientações aos pacientes.

Em um total de 82 pacientes entrevistados, destes a maioria são mulheres (73%) da faixa etária entre 45 e 69 anos (85%). Em torno de 75% do total de pacientes analisados concluíram apenas o primeiro grau do ensino fundamental; 71% relataram não realizar nenhum tipo de atividade física; e 78% relataram descuido alimentar, mesmo conhecendo os riscos com a alta ingestão de sódio, açúcares, entre outros. Destes pacientes analisados 48 (58,5%) apenas hipertensos, 20 (24,5%) apenas diabéticos e 14 (17%) hipertensos e diabéticos



No presente estudo, dos pacientes que não concluíram o ensino fundamental em torno de 60% não estão controlados da hipertensão e/ou diabetes mostrando que há influência significativa no controle da doença.

O Ministério da Saúde, em pesquisa realizada em todas as capitais brasileiras no ano de 2007, verificou uma proporção elevada de adultos fisicamente inativos, em especial nas cidades da região nordeste, que apresentou um índice de 32,8% (BRASIL, 2008). O presente estudo mostra um índice de inativos de 71%, evidenciando resultado bem maior de indivíduos que não realizam atividade física,

Em um grupo de 16 (19,5%) pacientes evidenciou-se difícil adesão ao tratamento, uso de medicações fora do horário ou até mesmo o não uso contínuo. 78 (95%) pacientes relataram grandes melhorias após a participações das atividades educativas, oficinas, grupos do HIPERDIA, palestras e 80(97,6%) consideraram excelente o trabalho empregado pela equipe multidisciplinar.

Esse plano visa melhorias na saúde da população diabética e hipertensa do Centro de Saúde Janaina, conscientizando a população da importância da associação do tratamento medicamentoso e não medicamentoso como forma de inserir o grupo em

estudo na mudança do estilo de vida para o controle glicêmico e pressórico gerando um fator influenciador na prevenção da morbimortalidade destes pacientes. A importância da atuação da equipe multidisciplinar no programa Hiperdia para esses pacientes é a base para compor o significado da hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, destacando seus sinais e sintomas e as possíveis complicações de ambas as patologias. A sua adesão é significativa além de aproximar a história do paciente e dispor um maior contato com a equipe multidisciplinar, modificando o quadro através de ações preventivas na atenção básica.

As mulheres são as que mais aderem ao tratamento (60%) e que mantem melhor controle pressórico e diabético, conciliando com outros estudos. Justificando talvez pela maior procura destas aos centros de saúde. A presença de DM em hipertensos configura um cenário de maior dificuldade de controle da pressão arterial conforme parâmetros elegidos como ideais pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

A baixa escolaridade está associada a um pior controle pressórico e da DM expressando que más condições de vida predispõem ao aparecimento de doenças. A grande maioria da população do Programa não pratica atividade física, seja por limitação de locomoção em virtude idade, seja por não adequação dessas atividades ao estilo de vida.

O maior entrave encontrado está relacionado ao recebimento em tempo hábil das medicações de uso contínuo, configurando um problema que excede o potencial de dedicação praticado dentro da UBS. Há um cadastramento dos usuários de diabetes para recebimento de kits glicêmicos porém a fila é ascendente, o usuário muitas vezes fazendo doses de insulina diariamente sem monitoramento pela falta dos equipamentos.

Os médicos, enfermeiros, educadores físicos e nutricionistas são os que mais contribuem com o Programa ao atuarem de forma pontual e significativa na orientação e esclarecimento com palestras (sobre os benefícios das atividades físicas, alimentação equilibrada), atividades em grupo e monitoramento da população assistida intervindo desta forma na redução de complicações associadas as patologias.

Com as atividades educativas, oficinas para os profissionais e educação permanente aos pacientes assistidos no HIPERDIA observou-se ao final do estudo diminuição dos casos de pacientes não controlados, principalmente dos hipertensos, evidenciando melhor adesão ao uso dos medicamentos e de medidas de qualidade de vida; embora os pacientes diabéticos sejam mais resistentes a mudanças houve melhoria do controle, embora que em menor proporção.

Com os educadores físicos realizando oficinas, atividade específica aos pacientes do HIPERDIA observou-se adesão significativa no decorrer do trabalho, obtendo mais de 60% dos entrevistados ao final do processo realizando atividades semanais e melhoria dos aspectos nutricionais. Outro fator importante está relacionado à adesão dos homens, estes passando a ser mais ativos nos grupos, rompendo os tabus antes criados e observaram os benefícios nas atividades do dia-a-dia e na qualidade de vida.

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos necessários para realização do plano de ação são próprios do autor, serão utilizados folders, recursos audiovisuais para palestras, panfletos e banners.

Através dos profissionais (médicos, enfermeiros, educadores físicos e nutricionistas) da UBS JANAINA foram realizadas palestras, oficinas, etc.

9. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	Mês 07/17	Mês 08/17	Mês 09/17	Mês 10/17	Mês 11/17	Mês 12/17	Mês 06/18	Mês 08/18	Mês 09/18
-------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Reunião com ESF	X	X	X						
Levantamento de dados bibliográficos		X	X	X					
Elaboração do projeto		X	X	X	X	X			
Envio do TCC Apresentação TCC							X	X	X

10. CONCLUSÃO

Esse plano visa melhorias na saúde da população diabética e hipertensa do Centro de Saúde Janaina, conscientizando a população da importância da associação do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, como forma de inserir o grupo

em estudo na mudança do estilo de vida para o controle glicêmico e pressórico gerando um fator influenciador na prevenção da morbimortalidade destes pacientes. A importância da atuação da equipe multidisciplinar no programa Hiperdia para esses pacientes é a base para compor o significado da hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, destacando seus sinais e sintomas e as possíveis complicações de ambas as patologias. A sua adesão é significativa além de aproximar a história do paciente e dispor um maior contato com a equipe multidisciplinar, modificando o quadro através de ações preventivas na atenção básica.

REFERÊNCIAS

Assis, L. C., Somões, M. O. S. & Cavalcanti, A. L. **Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica**, Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 14(2), 65-70, 2012.

AZEVEDO, L. N, et al. **Usuários e Equipe Saúde da Família no Processo de Construção da Saúde**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Volume 15 Número 2 Páginas 143-152, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, 2008. 72p. (Série Pactos pela Saúde 2006, 8).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Série E: Legislação da Saúde. 2012. 110 p.

Brasil. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Diário Oficial da União* 2008; 24 jan.

CUNHA, C.W. **Dificuldade no controle de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na Atenção Básica de Saúde através do hiperdia – plano de reorganização da atenção**. (TCC). Porto Alegre (RS), 2009. Disponível em: <[http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17937/000725363.pdf?...>. Acesso em: 15 ago. 2014.](http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17937/000725363.pdf?...)

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2009. Sociedade Brasileira de Diabetes. 3ª Ed. , Itapevi- SP, 2009.

Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

GOMES, T. J. O. **Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família**. Rev Bras Hipertens vol.17(3):132-139, 2010

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. São Paulo: Mimeo, p.37, 2002

REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Rev Bras Hipertensão vol.17(1):4. Rio de Janeiro, 2010.

Anvisa. **Parcerias para diminuir o mau uso de medicamentos**. Rev Saúde Pública. 2006; 40(1):191-194.

ROCHA, A. **A Importância do Hiperdia na Redução dos Agravos em Pacientes Cadastrados no PSF IV, do Município de Barreiras-BA, e a significância do Profissional de Enfermagem neste Programa**. Centro de Ciência e Saúde. Departamento de Fisiologia e patologia. PROBEX. 2010. [online]. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles>>. Acesso em: 20 set 2014

ROSA W.A.G, et al. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência**. Rev Latino-am Enferm. 2005; 13(6):1027-34.

SILVA, A.T.C, et al. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(11):2076-2084, nov, 2012.

SILVA, M. E et al. As representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 61, n. 4, jul/ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/17.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2014.

Strelec, M. A. A. M.; Pierin, A. M. G.; Mion, D. JUNIOR. **A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da Hipertensão Arterial**. Arq Bras Cardiol, v. 81 n. 4, p. 343-348, 2003.

Talaei M, Sadeghi M, Mohammadifard N, Shokouh P, Oveisgharan S, Sarrafzadegan N. **Incident hypertension and its predictors: the Isfahan Cohort Study.** J Hyertension. 2014;32(1):30-8.alaei M, Sadeghi M, Mohammadifard N, Shokouh P, Oveisgharan S, Sarrafzadegan N. Incident hypertension and its predictors: the Isfahan Cohort Study. J Hyertension.2014;32(1):30-8.