



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Marcio Roberto Alves Cerqueira

A implantação do atendimento de Hiperdia nas  
Unidades Básicas de Saúde Rurais do Município de Iúna  
- ES

Florianópolis, Março de 2023



Marcio Roberto Alves Cerqueira

A implantação do atendimento de Hiperdia nas Unidades Básicas  
de Saúde Rurais do Município de Iúna - ES

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

Orientador: Cinthia Rejane Corrêa  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Marcio Roberto Alves Cerqueira

A implantação do atendimento de Hiperdia nas Unidades Básicas  
de Saúde Rurais do Município de Iúna - ES

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 Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Cynthia Rejane Corrêa**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** A implantação do Hiperdia na rotina dos grupos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para melhorar o acompanhamento dos pacientes faz-se necessário, tendo em vista que muitas das queixas atendidas são de pacientes descompensados e são causas de óbitos precoces devido ao descontrole e às complicações oriundas da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes melitus tipo 2 (DM2). Nesse momento, o município de Iúna (ES) teve a implantação da Rede Cuidar, uma nova forma de organização do serviço que será feito pela classificação de risco, tendo como primeiro público-alvo os hipertensos e diabéticos de "alto risco" e de "muito alto risco". **Objetivo:** Implantar o grupo Hiperdia na rotina dos atendimentos das UBS da zona rural do município de Iúna. **Métodos:** Os atendimentos do Hiperdia serão agendados mensalmente (primeira semana do mês) em cada UBS. Iniciaremos com o agendamento de oito consultas, devido ao maior tempo gasto nas primeiras consultas, ao preenchimento dos formulários digitais da plataforma da REDE CUIDAR para a classificação de risco e para evitar grandes aglomerações nas UBS. Os atendimentos serão iniciados em outubro de 2020, iremos agendar reunião com cada equipe na última semana de setembro, para definição da função de cada membro da equipe e já realizar o levantamento dos pacientes com quadro de agravamento das doenças (HAS e/ou DM2). **Resultados Esperados:** Com a implantação do Hiperdia, pretende-se melhorar o controle pressórico e glicêmico dos pacientes, bem como, reduzir as complicações das doenças ao longo prazo, tais como: Infarto do miocárdio, insuficiência renal, cegueira e acidente vascular cerebral.

**Palavras-chave:** Agendamento de Consultas, Diabetes Mellitus, Hipertensão, Serviços de Atendimento





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>21</b>



# 1 Introdução

O município de Iúna, localizado no estado do Espírito Santo, conta com uma população, pelo último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística é de 27.328 habitantes (IBGE, 2020). Atendo em 05 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 4 UBS pertencentes a zona rural e 1 unidade localizada na zona urbana. Todas as UBS foram construídas na década de 80, segundo informações de gestores. Essas unidades são compostas por 14 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 enfermeiro, 5 técnicos de enfermagem, 4 dentistas, 1 farmacêutico e 1 médico. Atualmente são cadastrados 3588 indivíduos com 1441 famílias ativas. Em sua maioria uma população de vida simples e trabalho braçal rural, como a colheita de café. Sendo 645 hipertensos, 157 diabéticos, sendo 02 diabéticos tipo 01 e 155 diabéticos tipo 2, 707 pessoas acima de 60 anos, 35 gestantes e 230 crianças até 5 anos (DADOS DA UBS).

A distância da cidade até essas comunidades é longa, chegando a 53 km em duas delas. Há dias que percorremos mais de 100km por dia para atender nesses locais. O meio de transporte (carro) é oferecido pela prefeitura e nem sempre esta em boas condições. Além da distância, parte do acesso para se chegar a esses locais não é asfaltado. Com isso, por parte da estrada ser estrada de terra, quando chove o atendimento nesses locais fica comprometido pois o carro não passa. Outra mazela que pode ser citada é a estrutura precária das UBS desses locais. A maioria dos locais possui saneamento básico. Hoje em dia (pelo menos nos locais em que estou atendendo) a maioria das casas tem boa estrutura. Historicamente houve uma melhora de estrutura nas roças com a chegada de internet e melhores condições de saneamento básico. Vale ressaltar a "farmácia itinerante", fator positivo nesses atendimento que me chamou muito a atenção. Todos os dias quando vamos atender nessas comunidades o farmacêutico vai junto levando várias caixas de medicamento para que a população tenha acesso ao mesmo sem precisar de percorrer 50km até a cidade para comprar. Na época das campanhas de vacinação, a equipe de saúde vai até esses locais para que a comunidade seja assistida. Os ACS também fazem visitas regularmente e com boa frequência.

As UBS têm uma elevada procura de consultas, principalmente de demanda livre, pois a população, em sua maioria, usa exclusivamente os serviços do SUS, o que dificulta o direcionamento em atendimentos de grupos prioritários como HIPERDIA e outros. São atendidos com frequências hipertensos e diabéticos descompensados por não aderirem ao tratamento adequado, tendo como umas das mais frequentes queixas, dores de cabeça, dores lombar, dor ao urinar, insônia. Muitas queixas estão relacionadas ao descontrole da pressão e diabetes.

Nas UBS em que atuo ocorrem muitas dificuldades na realização de grupos, pois atendemos uma vez por semana em cada unidade, o que gera dificuldades tanto logísticas

quanto para os agendamentos e retornos necessários. Mas, dentre todos os grupos, o de HIPERDIA é o que se caracteriza-se como mais urgente, devido às inúmeras queixas relacionadas ao descontrole da doença pela ausência adequada ao tratamento. Portanto, vejo como importante a implantação do Hiperdia na rotina dos grupos nas UBS para melhorar o acompanhamento dos pacientes, tendo em vista que muitas das queixas atendidas são de pacientes descompensados e são causa de óbitos pelo fato de descontrole e complicações oriundas da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes melitus tipo 2 (DM2). Nesse momento, o município teve a implantação da Rede Cuidar, uma nova forma de organização do serviço e isso será feito pela classificação de risco, tendo como primeiro público-alvo os hipertensos e diabéticos de "alto risco" e de "muito alto risco". Sendo assim, organizando o Hiperdia as UBS conseguirão classificar os pacientes de forma mais adequada, acompanhando de forma sistemática os que não são para Rede Cuidar e encaminhando os que são classificados como "alto risco" ou "muito alto risco", evitando sequelas graves e reduzindo os óbitos.

Diante do exposto acima a implantação do Hiperdia faz-se necessário. Tal importância do serviço se baseia-se na prevenção das complicações das formas graves da HAS e do DM2, responsáveis por sequelas graves e até por óbitos. Dentre as complicações oriundas deste quadro, pode-se destacar a necessidade de hemodiálise. Baseado em minha prática de atendimento, pude perceber que esses pacientes não aderem ao tratamento de forma eficaz e possuem queixas frequentes devido o agravamento das doenças (HAS e/ou DM2). Sendo assim, o plano de ação servirá para demonstrar que a consulta com o grupo específico (HIPERDIA) poderá evitar as consequências de agravamento das doenças ou poderão, nos casos classificados como graves, promover o encaminhamento dos pacientes para o atendimento em uma unidade de referência com uma equipe multidisciplinar (REDE CUIDAR), melhorando o controle da doença e diminuindo o risco de óbito decorrente da HAS e DM2.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Implantar o grupo Hiperdia na rotina dos atendimentos das Unidades Básicas de Saúde da zona rural do município de Iúna - ES.

### 2.2 Objetivos específicos

- Realizar consulta de 70% dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados;
- Realizar classificação de risco em todos os pacientes cadastrados atendidos no Hiperdia;
- Encaminhar todos os pacientes classificados como "alto risco" e "muito alto risco" para a Rede Cuidar.



## 3 Revisão da Literatura

### Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial foi clinicamente valorizada com o aparecimento dos primeiros aparelhos de medida, no início do século, inventados pelo italiano Riva-Rocci, em 1896, em Turim. Os aparelhos que vieram para o Brasil provinham da França e eram do tipo Pachon. Em 1905 o russo Korotkoff desenvolveu o método auscultatório de medida indireta da pressão arterial, através do esfigmomanômetro (LUNA, 1999). A princípio o critério para o diagnóstico de hipertensão arterial foi muito variável. Pickering, em seu famoso livro *High Blood Pressure*, cita a opinião de vários autores na primeira metade do século (Tabela 1).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (PA 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, como o aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2010). A HAS é uma doença crônica degenerativa causada pelo aumento dos níveis tensionais nas artérias do organismo. É um problema de saúde pública com elevada prevalência na população brasileira. Quando não controlada adequadamente, a HAS aumenta o risco cardiovascular, podendo causar lesões.

Medir a PA regularmente é a única maneira de diagnosticar a HAS. Pessoas acima de 20 anos de idade devem medir a PA ao menos uma vez por ano. Caso haja histórico familiar de HAS, deve-se medir no mínimo duas vezes por ano (??). As doenças cardiovasculares foram responsáveis por cerca de 40% das aposentadorias precoces brasileiras e teve custo econômico estimado em cerca de R\$475 milhões apenas em internações hospitalares, que chegaram, em 2007, a mais de R\$1 milhão por ano. Tal impacto está diretamente relacionado aos casos de HAS no país, cuja prevalência média estimada em 2007 foi de 24% (??).

Tabela 1 – Critério diagnóstico para HAS (Fonte: (PICKERING, 1974))

140/80mmHg	D. Ayman	1934
20/80mmHg	S. C. Robinson e M. Baucer	1939
160/100mmHg	P. Bechgaard	1946
130/70mmHg	F. J. Brown	1947
140/90mmHg	G. A. Perera	1948
180/100mmHg	A. M. Burgess	1948

Dados do Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) indicaram que a prevalência de HAS autorreferida entre adultos variou entre 15,9% em São Luís e 31,2% no Rio de Janeiro. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Campo Grande (26,5%), Rio de Janeiro (26,3%) e João Pessoa (26,1%), e as menores em Porto Velho (15,2%), São Luís (16,2%) e Florianópolis (19,1%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (35,3%), em Vitória (30,3%) e em Maceió (29,6%), e as menores em São Luís (15,6%), Boa Vista (17,6%) e Palmas (18,0%) (??).

A elevada prevalência em adultos, somada ao fato de ser uma condição altamente sensível à atenção ambulatorial, torna a HAS uma prioridade assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). Ações preventivas como os incentivos para a prática de atividades físicas, para melhores hábitos alimentares e para a redução do peso corporal e do tabagismo servem também para o tratamento. Com relação à terapêutica medicamentosa, dispõem-se de numerosos fármacos de eficácia comprovada em grandes estudos. O controle da doença depende de ações adequadas das instituições e dos profissionais de saúde, bem como da adesão dos pacientes. O SUS oportuniza, de forma ampla e gratuita, acesso aos profissionais de saúde e aos medicamentos, especialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (HOEPFNER; FRANCO, 2010).

No Espírito Santo, segundo a Secretária de Estado de Saúde (Sesa), são em média 263.370 hipertensos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Esse número corresponde a 47,48% da população adulta esperada com HAS. A prevalência esperada de hipertensos é de 22% na população adulta (acima de 18 anos), conforme está preconizado no Caderno da Atenção Básica do Ministério da Saúde. Analisando os dados do e-SUS AB (Sistema de Informações da Atenção Básica) do município de Iúna, atualmente possui cadastrado de 21.962 pessoas, de 27.328 habitantes (IBGE, 2020), sendo 11.545 do sexo feminino e 10.417 do sexo masculino e desse total de cadastrados, o município apresenta 3.645 hipertensos, um total de 16,58% da população cadastrada, não possui dados de porcentagem por sexo ou idade. O município tem 878 pessoas cadastradas com diabéticos, o que representa 4% da população cadastrada. No relatório não informa quantos são do tipo 1 ou do tipo 2.

O Ministério da Saúde, em articulação com sociedades científicas, federações nacionais de portadores de diabetes e de hipertensão, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, apresenta o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus. O propósito do plano foi vincular os portadores desses agravos às UBS, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de reorganização dos serviços. Neste contexto, foi organizado o Hiperdia (Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), um sistema informatizado para o cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS atendidos na rede ambulatorial do SUS. O Hiperdia representou uma iniciativa positiva, uma vez que para a



---

grande maioria dos gestores estaduais e municipais foi o início da tomada de consciência sobre o problema. Entretanto, foram apontadas dificuldades na sua efetivação ao nível municipal das políticas nacionais de saúde, devido a fatores estruturais e operacionais, além de falhas no retorno das informações obtidas aos municípios, visto que a análise dos dados é feita principalmente no nível Federal. Recentemente, a estratégia e-SUS Atenção Básica, do Departamento de Atenção Básica (DAB), foi implementada para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional (MS, 2013).

### Diabetes Mellitus

Ebers em 1872, no Egito, é o primeiro documento conhecido a fazer referência a uma doença que se caracterizava por emissão frequente e abundante de urina, sugerindo até alguns tratamentos à base de frutos e plantas. Acredita-se que este documento tenha sido elaborado em torno de 1500 AC. Mas foi apenas no século II DC, na Grécia Antiga, que esta enfermidade recebeu o nome de diabetes (SBEM, 2014). Médicos indianos teriam sido os primeiros a detectar a provável doçura da urina de pacientes com diabetes, no que foram seguidos por chineses e japoneses. Isso foi feito a partir da observação de que havia maior concentração de formigas e moscas em volta da urina de pessoas com diabetes. Mas isso só está confirmado a partir dos estudos de Willis, no século XVII, e Dobson, no século XVIII, na Inglaterra. O primeiro provou efetivamente a urina de um paciente com diabetes e referiu que era “doce como mel” (SBEM, 2014). Foi Cullen, também no séc. XVIII (1769), quem sugeriu o termo *mellitus* (mel, em latim), diferenciando os tipos de diabetes em diabetes mellitus, caracterizado pela urina abundante com odor e sabor de mel, e diabetes insipidus, com urina também abundante, clara, e não adocicada. E em meados do século XIX foi sugerido, por Lanceraux e Bouchardat, que existiriam dois tipos de diabetes, um em pessoas mais jovens, e que se apresentava com mais gravidade, e outro em pessoas com mais idade, de evolução não tão severa, e que surgia mais frequentemente em pacientes com peso excessivo (SBEM, 2014).

A descoberta da insulina está entre os feitos mais memoráveis da medicina de todos os tempos. Quando ela foi aplicada, pela primeira vez, em Leonard Thompson, que tinha 13 anos e pesava aproximadamente 30 kg, em 1922, os jornais da época saudaram o que seria a cura do diabetes. Mas tudo teve início quando Frederick Banting, após ter servido e sido ferido no front da 1ª Grande Guerra, foi admitido após muita insistência no laboratório do Prof. J.J.R. Macleod, então já no laboratório de Fisiologia da Universidade de Toronto (SBEM, 2014).

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (??). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à HAS e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o

bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE et al., 2009).

Em algumas pessoas, o sistema imunológico ataca equivocadamente as células beta. Logo, pouca ou nenhuma insulina é liberada para o corpo. Como resultado, a glicose fica no sangue, em vez de ser usada como energia. Esse é o processo que caracteriza o Tipo 1 de diabetes, que concentra entre 5 e 10% do total de pessoas com a doença. O DM tipo 2 caracteriza-se como quando o organismo não consegue usar adequadamente a insulina que produz, ou não produz insulina suficiente para controlar a taxa de glicemia. Cerca de 90% das pessoas com DM têm o Tipo 2, que se manifesta-se mais frequentemente em adultos, mas as crianças também podem apresentar. Dependendo da gravidade, o DM2 pode ser controlado com atividade física e planejamento alimentar. Em outros casos, exige o uso de insulina e/ou outros medicamentos para controlar a glicose (SBD, 2020).

Durante a gravidez, para permitir o desenvolvimento do bebê, a mulher passa por mudanças em seu equilíbrio hormonal. A placenta, por exemplo, é uma fonte importante de hormônios que reduzem a ação da insulina, responsável pela captação e utilização da glicose pelo corpo. O pâncreas, conseqüentemente, aumenta a produção de insulina para compensar este quadro. Em algumas mulheres, entretanto, este processo não ocorre e elas desenvolvem um quadro de diabetes gestacional, caracterizado pelo aumento do nível de glicose no sangue. Quando o bebê é exposto a grandes quantidades de glicose ainda no ambiente intrauterino, há maior risco de crescimento excessivo (macrossomia fetal) e, conseqüentemente, partos traumáticos, hipoglicemia neonatal e até de obesidade e diabetes na vida adulta (SBD, 2014).

No mundo, segundo dados da Sociedade Brasileira de Diabetes do ano de 2013, o diabetes já afeta aproximadamente 371 milhões de pessoas. Aqui no Brasil, nós somos o quarto país do mundo em número de casos, quase 13,4 milhões de brasileiros, segundo dados no mesmo ano (SBD, 2020). A frequência do diagnóstico médico de diabetes foi de 7,7%, sendo maior entre as mulheres (8,1%) do que entre os homens (7,1%). Em ambos os sexos, a frequência dessa condição aumentou intensamente com a idade e diminuiu com o aumento da escolaridade (??). O percentual de indivíduos com diabetes que informaram realizar tratamento medicamentoso da doença aumentou de 79,1% em 2016 para 88,7% em 2018. Houve aumento de mais de 300% no número de medicamentos dispensados para tratamento da doença entre 2011 e 2018: de 673.096.463 para 3.246.320.924. O Programa Farmácia Popular atende em média 7,2 milhões de diabéticos/ano. Em 2018, o montante repassado aos estabelecimentos credenciados para disponibilidade do tratamento do diabetes foi de aproximadamente R\$ 726 milhões (??). No Espírito Santo, 54.838 pacientes foram cadastrados como diabéticos, no ano passado, no Sistema de Informação da Atenção Básica. O número, na avaliação da Área Técnica de Hipertensão e Diabetes da Secretaria do Estado (Sesa), corresponde a menos de 30% da população capixaba que compõe o grupo de risco para a doença (SESA, 2015).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) foi elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com vários Ministérios, Instituições de Ensino e Pesquisa, ONGs da área da saúde, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, entre outros. As DCNT constituem-se como o grupo de doenças de maior magnitude no país, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de baixa renda e escolaridade. Dessa forma, o Plano visa preparar o Brasil para enfrentar e deter as DCNT até 2022 (MS, 2013).

O Plano de Enfrentamento de DCNT visa promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (MS, 2013). O Plano aborda **os quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis** (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) **e seus fatores de risco em comum modificáveis** (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e define diretrizes e ações em **três eixos**:

- a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento;
- b) promoção da saúde;
- c) cuidado integral.

O Hiperdia é um programa com o intuito de fazer um acompanhamento sistemático e contínuo dos pacientes portadores de HAS e DM, e esse serviço será oferecido para unidades rurais, distantes da Sede Municipal, oferecendo consultas programadas, dispensação dos medicamentos, orientação mais específica de como prevenir agravamentos das doenças (HAS E DM) e trabalhar a prevenção das doenças nas comunidades. A falta de informação e o tempo corrido de consultas não permite tirar dúvidas e trazer maiores esclarecimentos aos pacientes, no trabalho de agenda e de grupo como o HIPERDIA isso se transforma totalmente, pois se trabalha muito a educação em saúde e com toda equipe, proporcionado um diálogo mais direcionado ao real problema de saúde trazido pelo usuário da unidade. O Hiperdia traz também a possibilidade ao longo prazo de mudar a estatística de sequelas e mortes causada por HAS E DM descompensada por longa data.



## 4 Metodologia

O Hiperdia é um atendimento direcionado para pacientes já com o diagnóstico de hipertensão e diabetes ou com ambas as doenças.

Os atendimentos do Hiperdia serão agendados uma vez por mês em cada unidade, sendo agendados sempre na primeira semana de cada mês. Iniciaremos com o agendamento de oito consultas, devido o maior tempo gasto nas primeiras consultas e preenchimento dos formulários digitais da plataforma da REDE CUIDAR para a classificação de risco e para evitar grandes aglomerações nas unidades.

Os atendimentos serão iniciados em outubro de 2020, iremos agendar reunião com cada equipe na última semana de setembro, para definir a função de cada membro da equipe e já realizar o levantamento dos pacientes com quadro de agravamento das doenças (hipertensão e/ou diabetes)

Os agendamentos das consultas serão realizadas pelos ACS de cada equipe por meio das visitas domiciliares.

A enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem) ficará responsável pela parte de triagem que consiste em:

- Aferição da pressão arterial;
- Dosagem de glicemia capilar;
- Medição da circunferência abdominal, do peso e da altura;
- Preenchimento do cartão próprio do Hiperdia e educação em saúde.

As ações supracitadas ocorrerão em uma sala de espera com abordagem de temas importantes como mudanças de hábitos alimentares, prática de atividades físicas e outros. O médico ficará responsável pela consulta e estratificação de risco em todos os pacientes atendidos e nos casos necessários e agendamento da consulta no sistema próprio conforme protocolo da REDE CUIDAR. Após o término da consulta o paciente já sairá da unidade com o retorno na unidade marcado e a consulta na REDE CUIDAR caso seja direcionado, será informado pela ACS responsável.

Foi estipulado que setenta por cento dos pacientes já cadastrados nas unidades realizem a consulta do Hiperdia, esse levantamento e avaliação dos atendimentos serão realizados nas reuniões mensais de equipe, para acompanhar e monitorar o atendimento implantado na unidade e assim aprimorar o que for necessário.



## 5 Resultados Esperados

O Brasil apresentou nas ultimas décadas um aumento significativo das doenças crônicas não-transmissíveis, dentre elas a hipertensão e o diabetes. Sendo assim, medidas preventivas e de acompanhamento são necessárias, principalmente na atenção primária.

Com a implantação do Hiperdia, pretende-se melhorar o controle pressórico e glicêmico dos pacientes, bem como, reduzir as complicações das doenças ao longo prazo, tais como: Infarto do miocárdio, insuficiência renal, cegueira, acidente vascular cerebral, etc. É pretendido aumentar ao longo do tempo a adesão dos pacientes ao tratamento adequado, melhorando assim a qualidade de vida dos mesmos por meio de mudanças de hábitos alimentares e a prática de atividade física. Ainda, espera-se reduzir as ocorrências de atendimentos espontâneos com crises hipertensivas ou hiperglicemias na unidade ou, até mesmo, no pronto socorro. É almejado ainda o decréscimo da mortalidade precoce causada pelas doenças (HAS E DM).

Por fim, a interação da equipe da ESF com a comunidade será outra mudança esperada pela implantação do Hiperdia, pois teremos melhor conhecimento dos pacientes atendidos na unidade, eiremos ouvir suas queixas e necessidades em nossos encontros.

